

Lunds universitet  
Socialhögskolan  
Komparativ socialpolitik  
Höstterminen 2001

## **”Dom satsar sina liv”**

Bakomliggande faktorer vid placering av vuxna missbrukare.

Författare: Åsa Löfqvist  
Handledare: Torbjörn Hjort

## **Abstract**

The purpose of this study was to investigate what factors that matter in relation to where drug abusers get their care and treatment, after a decision of voluntary treatment has been taken, by the social welfare.

Another question I wanted to answer, was if there was any deviation between social secretaries with or without the authority to make those decisions in their opinion of what underlying matter that was the most important for the choice of institution.

The method used was qualitative interviews with social secretaries from four different municipalities in Skåne. I did also seek information in previous research.

The main result of this study was: All persons interviewed emphasized the importance of clients own wish in process of finding right treatment. Still, how the municipalities had made agreement with certain caregivers, was one part of deciding in what institution a person should get his treatment. Another result was that cost plays an important part when it comes to decide which caregivers that should have the agreement with the municipalities. And also, that the importance of "economically thinking" is an awareness spread among all levels of employees, not only among them with responsibility for budget.

<b>Innehåll:</b>	sidan
<b>Förord</b>	3
<b>1. Inledning</b>	4
1.2 Problemformulering	4
1.3 Syfte och frågeställning	5
1.4 Avgränsning	5
1.5 Begreppsdiskussion	6
1.6 Metod	7
1.7 Urval	9
1.8 Disposition	9
<b>2. Bakgrund till analys</b>	10
2.1 Socialtjänstlagen	10
2.2 Organisatoriska förändringar	12
2.3 Förändringar i behandlingsmetoder	14
2.4 Privata behandlingsalternativ	15
2.5 Förändringar i missbrukarvården	16
2.6 Ekonomiska förändringar i samhället och för socialtjänsten	17
2.7 Inte en traditionell marknad	18
2.8 Utvärdering, klientarbete och kvalitet	20
2.9 Matchning, klientens önskemål	22
<b>3. Presentation av eget material – redovisning av intervjuer</b>	24
3.1 Ekonomiska hänsynstaganden	24
3.2 Vad vet man om vården som upphandlas	26
3.3 Metod och bakomliggande ideologi för behandling	30
3.4 Klientens önskemål	32
<b>4. Resultat och avslutande diskussion</b>	33
<b>Referenser</b>	37
<b>Bilagor</b>	
Intervjumanual, Bilaga 1	38
Enkät, Bilaga 2	40

## **Förord**

Jag vill här passa på att tacka alla de personer, anställda inom socialtjänsten på fyra olika orter i Skåne, som bidragit med sin tid och sina erfarenheter. Till er är jag stort tack skyldig. Det var Ni som möjliggjorde för mig att skriva den text som nu är klar. Tack också till min handledare Torbjörn Hjort.

Malmö i mars 2002

## 1.1 Inledning

### 1.2 Problemformulering

Välfärden i Sverige och dess system administreras i stor utsträckning av stat, kommun och landsting för att nå medborgaren i slutändan. Som medborgare bär vi på olika status beroende på situation och i förhållande till vem. De personer som tydligt blir beroende av välfärdsystemet och den sociala servicen upplever sig inte sällan ha en svag status i förhållande till just myndigheter och andra bärare av de medborgerliga rättigheterna.

En av de grupper som står lägst på trappan är de som är beroende, inte bara av staten, utan dessutom av alkohol eller kemiska preparat. Den här gruppen är ofta hänvisad till att ta emot den hjälp de får och har kanske inte alltid de valmöjligheter som de kunnat önska. Det är heller ingen grupp som i organiserad form har så lätt att göra sin röst hörd. Att höja rösten är den möjlighet brukare har för att föra fram sitt missnöje som Dahlberg (2001) skriver när han talar om ”strategi röst” i kontrast till ett marknadssystem där en missnöjd kund (brukare) byter serviceleverantör och därmed använder ”strategi sorti” .

Även efter att en person ur den här gruppen kommit i kontakt med det offentliga genom socialtjänsten och dessutom fått ett beslut om behandling för sitt missbruk kan vi misstänka att ett visst statusglapp föreligger gentemot den professionella utredaren i en icke ideal värld. Hur skall man då säkra klienten/brukarens status och försäkra sig om att hennes/hans röst blir hörd och dennes intressen blir tillvaratagna? En viktig aspekt blir att tillgodose med så god vård som är möjligt. Det är emellertid inget självklart trots goda intentioner från lagstiftaren och den enskilda tjänstemannen eller behandlaren.

3200 vuxna personer (15% av alla dem som hade insatser på grund av missbruk) vistades frivilligt på institution den 1 november 2000. Totalt under året genomfördes knappt femtiotusen insatser under drygt 2.7 miljoner dygn inom den frivilliga institutionsvården av missbrukare, d.v.s. även öppenvård och familjehemsvård (Socialstyrelsen 2001). Hur vet man att den vård och behandling som ges i form av bistånd är bra nog för den enskilde, att det passar just den personens specifika behov och, vad som är mest intressant för mig, hur går man tillväga för att söka den bästa möjliga vård. Vad har kommunerna för roll och påverkansmöjlighet? Det är som sagt svårt för den enskilde att ha perspektiv på alla

betydande aspekter i den här processen, liksom det är svårt för placerande nämnd och tjänsteman att ha överblick. Missbrukarvården är föränderlig och inte mindre känslig än någon annan del av samhället för trender, ideologiska svängningar, politiska vindar och ekonomiska resurser. Man kan här tala om olika styrmedel som påverkar var den enskilde missbrukaren skall få sin vård och behandling. Styrmedel som verkar på alla nivåer, från det politiska tillblivandet av regler och förordningar, i genomförandet på kommunal nivå och i utvärderingsskedet.

Uppsatsen behandlar framför allt genomförandenivån i kommunerna. Den process som består i att avgöra var en missbrukare skall placeras för att få sin vård och behandling, och vilka styrmedel som här avgör.

### 1.3 Syfte och frågeställning

Syftet med denna uppsats är att undersöka vilka faktorer som efter beslut om vård, påverkar var missbrukaren får sin behandling och vård, samt att se vad utvärdering av verksamheter har för inverkan. En frågeställning som jag också kommer att söka svart på är; Finns det avvikelser i uppfattningen om vad som styr, mellan utredande tjänstemän och tjänstemän med delegation om att fatta beslut i placeringsfrågor?

### 1.4 Avgränsning

Jag kommer i denna uppsatsen fokusera på den socialtjänstbaserade institutionsvården av vuxna missbrukare, vilket här innebär personer som är fyllda 21 år. Av praktiska skäl har jag inte gjort någon åtskillnad mellan alkohol- och narkotikamissbruk, då mycket av litteraturen tar upp de båda missbrukstyperna under samma teoretiska tak. En annan orsak att inte skilja de olika missbruksgrupperna åt, har varit att en åtskillnad i de mindre undersökningskommunerna skulle begränsa diskussionsunderlaget allt för mycket. En uppdelning dem emellan skulle dessutom kräva en jämförelse vilket jag överlåter åt någon annan, då mitt utrymme är begränsat.

Min infallsvinkel och uppsatsens fokus är; hur tjänstemän med rätt att fatta beslut, och utredande tjänstemän, utan rätt att fatta beslut i dessa frågor, *uppfattar* vad det är som styr och påverkar dessa beslut. Jag kommer med andra ord inte gå tillbaka och titta på tidigare beslut i respektive kommun för att se vad som avgjort i de fallen. Inte heller kommer

brukarperspektivet tas in i uppsatsen på annat sätt än den teoretiska diskussion som förs kring brukarinflytande i offentlig verksamhet.

### 1.5 Begreppsdiskussion

Institution syftar här på den vård och behandling eller arbetsträning som sker i dygnet – runt - vistelse. Det kan ske i utredningshem, motivationshem, behandlingshem, arbetskollektiv eller motsvarande, enligt den definition som ligger till grund för Socialstyrelsens statistik och som varje år rapporteras in från landets kommuner. Även vissa andra typer av hem räknas här, så som t.ex. familjehem, inackorderingshem och härbärgen med HVB-tillstånd där vård eller boende bedrivs dygnet runt.

Begreppen vård och behandling används i uppsatsen synonymt om inget annat nämns.

I de sammanhang utvärdering nämns i uppsatsen åsyftas verksamhet som ämnar till att vaska fram gott och sålla bort dåligt, utan att nämna vilka värdekriterier som skall gälla i det enskilda fallet, i syfte att resultatet kan användas som senare beslutsunderlag.

### 1.6 Metod

Uppsatsens syfte är deskriptivt vilket innebär att jag kommer att söka en förklaring till vad som avgör, var man utifrån kommunernas socialtjänst, placerar vuxna missbrukare för vård. Intressant för mig är att kunna ge en bild av situationen utifrån de personer som alla på något sätt är involverade i utredningar och placeringar och söka ta reda på deras version av vad som ligger bakom ett beslut. Det skall här understrykas att det utifrån deras svar inte går att göra några generella slutsatser om hur det ser ut på andra platser i landet, eller totalt, i berörd kommun (Holme & Solvang, 1997).

Jag har genomfört kvalitativa respondentintervjuer vilket innebär att de personer jag intervjuat har gett svar utifrån hur de uppfattar situationen de arbetar med, ett inifrånperspektiv. Vid dessa intervjuer användes en intervjumanual (se bilaga 1) med teman och frågeställningar men utan strukturerade svarsalternativ, vilket ger och kräver stor flexibilitet (ibid.). Avslutningsvis vid de olika intervjuerna användes även ett mindre standardiserat underlag vilket ökar graden av jämförbarhet mellan de olika intervjupersonerna och deras perspektiv (se bilaga 2). När det gäller det insamlade materialet från intervjuer, samt de enkäter som deltagarna har svarat på, är det som samlat intryck det analyseras längre fram i texten.

Alla intervjuerna utom en, har med intervjupersonernas godkännande spelats in på band för att möjliggöra en sannare återgivning i text och analys. Sju av de nio intervjuerna har genomförts på intervjupersonernas arbetsplats. En intervju gjordes på Socialhögskolan i Lund och en intervju genomfördes via telefon. Fördelen med att genomföra intervjuerna på intervjupersonernas arbetsplats är att de där känner sig hemma och förhoppningsvis kan fokusera lättare på intervjumaterialet. En eventuell nackdel är att de i vissa fall kunde varit lättare att tala om sina arbetsuppgifter på en neutral plats. En brist med att genomföra intervjuer per telefon är att man riskerar att gå miste om sådan ickeverbal information som kan vara viktig för förståelsen och tolkningen av materialet (Holme & Solvang, 1997). Trots att uppsatsens fokus är inställt på hur intervjupersonerna uppfattar situationen är det här i vissa fall känsliga frågor och risken att de intervjuade har svarat utifrån kommunens intresse måste medtagas i en senare analys. För att minska den här risken så mycket som möjligt och möjliggöra ett friare samtal har total anonymitet erhållits av de personer som intervjuats, gentemot läsaren. I arbetet med analysen har jag valt att inte redovisa hela intervjuerna då de är många till antalet, vilket gör att det hade varit allt för tids- och utrymmeskrävande. Jag har valt att använda mig av, och redovisa, de delar som belyser frågeställningarna som jag ställt upp för analysen.

I uppsatsens inledande stadium fick jag uppgiften att det i en av de fyra kommunerna inte fanns några delegationsbeslut. Det skulle ha inneburit att när man beslutade om frivilliga placeringar av vuxna missbrukare, var det bara ledamöterna i socialnämndens arbetsutskott som hade befogenhet att ta dessa beslut. Intervjuer genomfördes därför med två politiker i socialnämnden som båda menade att de endast var de själva och deras kollegor i arbetsutskottet som kunde fatta beslut i dessa frågor. Vid senare granskning kunde jag dock konstatera att delegation fanns, ställd till berörd verksamhetschef. Jag har av förklarliga skäl valt att helt bortse från resultaten av de två intervjuerna.

Jag vill med hänsyn till teorier och senare analys i texten, kommentera den diskussion som förs kring de allt mer framträdande ekonomiska delarna av missbrukarvården och socialtjänstens arbete. Mot bakgrund av samhällets förändring tenderar de politiska kraven på kostnadseffektivitet att öka. Det betyder bl.a. att, som senare tas upp i texten, chefstjänstemän inom den offentliga förvaltningen ofta har en tydligt begränsad budget vilket måste ses i relation till samhällets utveckling i övrigt. Man kan alltså inte se enskilt på det faktum att



missbrukarvården till stor del handlar om ekonomi, det måste ses i relation till samhället och vilka regler som gäller där.

### 1.7 Urval

Jag har i arbetet med uppsatsen vänt mig till fyra olika kommuner för att där nå personer som med sin yrkeserfarenhet kunnat bidra till det empiriska materialet genom intervjuer. Valet av kommunerna har varit ett styrt urval. För att öka variationsbredden har jag eftersträvat kommuner med olika politiskt styre och organisation av de sociala frågorna, vilket ökar möjligheten att se flera olika lösningar. Samtidigt är antalet genomförda intervjuer för litet i var och en av kommunerna för att en jämförelse kommunerna emellan skulle vara möjlig. Av praktiska skäl begränsades urvalet till kommuner som alla ligger i Skåne, då det var många intervjuer som skulle genomföras och jag är av uppfattningen att man har större möjligheter om man kan genomföra intervjuerna ”ansikte mot ansikte”.

Antalet intervjuer har begränsats till två tjänstemän i varje kommun, förutsatt att de kunnat ställa upp. Urvalet har således varit delvis slumpmässigt. Personerna har kontaktats direkt av mig i de flesta fall men i något fall genom gruppleadare eller förvaltningschef. I en av kommunerna fanns endast en person tillgänglig som utredde och beslutade i missbruksärenden varför det urvalet begränsade sig självt.

Min strävan har varit att få en jämn fördelning mellan män och kvinnor. Alla personer som ingår i intervjuunderlaget har olika lång erfarenhet av att arbeta med dessa frågor och är på intet sätt representativa för sitt yrke utan bara för hur just de ser på situationen.

Litteraturen på området har varit begränsad främst av att den sällan behandlar just de frågor som jag velat belysa. Följden har blivit att en del teorier som behandlar socialtjänstens klientarbete generellt översatts och tvingat mig att plocka delar som passade mitt syfte.

### 1.8 Disposition

Fortsättningsvis är uppsatsens upplägg sådan att ett par huvudsakliga teoretiska utgångspunkter presenteras som har haft betydelse för materialet och utifrån vilka jag byggt min analys. Även ett avsnitt om hur socialtjänstlagen är uppbyggd, och vilka paragrafer som är aktuella i sammanhanget, finns med. Detta för att öka förståelsen för läsaren i diskussionen

om förändringar inom socialtjänsten, och inte minst i de delar som tar upp ekonomiska aspekter på det sociala arbetet med missbruksfrågor. Vidare följer en presentation av de primärdata som finns, eller det egen insamlade intervjumaterialet. Här redovisar jag vad som tagits upp under intervjuerna och det sorteras in under de huvudpunkter som utgör strukturen för analysen. Analys följer på varje, av de fyra avsnitten med presenterat intervjumaterial. Till sist finner man i uppsatsen en avslutande diskussion.

## **2. Bakgrund**

Jag kommer i nedanstående teoridel att redogöra för ett par perspektiv som framstått som extra väsentliga under arbetet med det primära uppsatsunderlaget, och som återfinns i uppsatsens frågeställningar. I huvudsak berör det lagtexten samt tidigare forskning kring de förändrade förutsättningar socialtjänsten har att utgå ifrån. Det handlar om en förskjutning mot ett allt mer ekonomistiskt tänkande inom det sociala arbetet till följd av samhällliga förändringar. Jag skall kort beskriva hur denna förändring har sett ut och vad det innebär för det sociala arbetet idag. Jag kommer även i korthet vidröra strukturen för de behandlingsenheter som nyttjas av socialtjänsten. Ett kortare avsnitt om behandlingsmetod finns med för att belysa dess inverkan på den stora förändring som kan anses ha skett de senaste tjugo åren. Avslutningsvis tas ett perspektiv om brukarinflytande, matchning och professionalism inom socialt arbete in. Dessa samlade perspektiv ligger till grund för en senare analys.

### 2.1 Socialtjänstlagen

Socialtjänsten är den del i förvaltningen som har till uppgift att bereda och implementera de av politikerna fattade beslut på lokal nivå, samt genomföra den efterkontroll och återge resultaten till beslutsfattarna. Jag kommer här presentera en del av de lagar och förordningar som socialtjänsten har att rätta sin verksamhet efter, som utgångspunkt för en senare analys av de beslut som fattas av socialtjänsten i de olika kommunerna.

I den nya socialtjänstlagens (SoL) förarbeten slår man fast att de grundläggande värderingar och målsättningar som lades vid 1980-års socialtjänstreform ligger fast även i nuvarande socialtjänstlag. Det gäller principerna om helhetssyn, frivillighet, förebyggande perspektiv samt att den enskildes resurser skall tas tillvara. ”Individens delaktighet och egna ansvar skall beaktas” (Prop.2000/01:80 s. 81). Man talar även om vikten av att socialtjänsten präglas av

flexibilitet. Dessa begrepp måste med nödvändighet omsättas till det konkreta dagliga arbetet för att inte framstå som ”tomma honnörsord utan...innehåll” (ibid. s.81).

Socialtjänstlagen är en ramlag vilket innebär att den till stor del kunnat anpassas till de förändringar som skett i samhället sedan den instiftades 1982. Socialtjänstlagen innehåller även inslag av rättighets- och skyldighetslagstiftning. Dessa olika former av en och samma lag verkar alla för att reglera det sociala arbetet i kommunerna. Inom ramlagen finns inslag av såväl detaljerade regler, som generella bestämmelser som anger mål, riktlinjer och förhållningssätt. Dessa skall verka som en vägledning för kommunernas socialtjänst. Det kommunala självstyret och lagens uppbyggnad möjliggör dock att vissa skillnader uppstår mellan olika kommuners individuella riktlinjer. Detta faktum är också något som lagen har kritiserats för och då i synnerhet för att det inom lagen finns ett spänningsförhållande mellan statens, kommunernas och den enskilda individens intressen. (Prop.2000/01:80)

Nedan har jag valt att redogöra för vilka paragrafer som är speciellt aktuella vid frivilliga placeringar av vuxna missbrukare. I vissa fall har lagtexten kortats till att endast omfatta de delar som är väsentliga för uppsatsens syfte. Det finns naturligtvis fler paragrafer (så som de som talar om hur socialtjänstens arbete skall skötas, mer allmänt) men de överlåter jag till läsaren att studera vidare i lagtexten.

4 kap. 1§ första stycket. Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (*försörjningsstöd*) och för sin livsföring i övrigt (*annat bistånd*)

3 kap. 3§ Insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet.

För utförande av socialnämndens uppgifter skall det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

3 kap. 5§ Socialnämndens insatser för den enskilde skall utformas och genomföras tillsammans med honom och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.

5 kap. 9§ Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljts.

6 kap. 1§ andra stycket Socialnämnden ansvarar för att den som genom nämndens försorg har tagits emot i ett annat hem än det egna får god vård.

6 kap. 2§ Varje kommun ansvarar för att det finns tillgång till familjehem och hem för vård eller boende för enskilda och familjer som behöver vårdas och bo utanför de egna hemmet.

10 kap. 4§ Reglerar vilka beslut som får överlåtas från socialnämnd genom delegation.

Socialtjänstlagen är, som ovan beskrivits, en ramlag som till stora delar kunnat anpassas till de förändringar som skett i samhället. I följande avsnitt redogörs för en del av dessa

förändringar, såväl i samhället i stort som i socialtjänsten och dess arbete med missbrukarvård.

## 2.2 Organisatoriska förändringar

En betydande del av de teorier som tas upp handlar om övergången från ett ideologiskt vårdtänkande till ett tänkande som i allt högre grad inriktar sig på ekonomins betydelse. Ekonomin har idag tagit en allt mer betydande roll i alla offentliga verksamheter och vi har idag ett tydligare marknadssamhälle än för tjugo år sedan. Med detta nämnt vill jag poängtera att det inte är fullt så enkelt som att klandra kommunerna eller enhetscheferna i berörda verksamheter för ett strängt ekonomiskt tänkande. Vad det handlar om däremot är, att då vi lever i en allt mer ekonomistisk tid så höjs också kraven på en ökad medvetenhet av de konsekvenser detta tänkande för med sig. Det är i sig ett krav som måste ställas på kommunerna och deras anställda, inte minst de chefstjänstemän med budgetansvar. Det finns i socialtjänstlagen ingen paragraf som tar upp den ekonomiska aspekten bakom placeringar på institution i missbruksärenden. Trots det kan vi se att det är en stor del av socialtjänstens arbete som handlar om ekonomi och inte minst krav på att inte överskrida de budgetramar man har. Man har i allt högre grad övergått till marknadsorienterade lösningar och många förvaltningar har infört modeller med beställar- och utförarnämnder vilket innebär att "...en del av organisationen köper tjänster av en annan del eller av producenter utanför den kommunala förvaltningen." (Pettersson 1994 s.12). I Sverige, till skillnad från många andra europeiska länder, är behandlingssystemet för missbrukare inte knutet till sjukvårdssektorn utan till socialtjänsten. Det i sig är kanske inte det mest intressanta utan snarare de förändringar som skett som en följd av denna uppbyggnad.

Missbruksvården växte kraftigt under 80-talet och de frivilliga institutionsplatserna gick från att 1983 vara runt 3500 till att 1989 vara så många som 6200.<sup>1</sup> Blomqvist (1996) menar att det totala antalet platser på institutioner för vuxna missbrukare ökade mellan 10-15 procent mellan 1987 och 1990. Idag har vi i Sverige knappt 5800 platser att tillgå inom frivilliga institutioner (Socialstyrelsen).<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> I slutet av 80-talet var beläggningen på landets platser mellan 75-80% medan beläggningen i början av 90-talet, då antalet platser var som flest endast låg strax över 50% (Socialstyrelsen)

<sup>2</sup> Dessa är alla HVB-platser vilket innebär att de inte bara rymmer missbrukarvård. Majoriteten av platserna är till denna typ av vård men det finns inräknat en del platser för vård av andra sociala problem. Någon mer exakt statistik finns ej att tillgå. (Samtal m. tjänsteman på Socialstyrelsens statistikenhet)

Denna utvidgning skedde trots att man under tidsperioden förespråkade öppenvårdsalternativ enligt närhets- och normaliseringsprincipen. Vad som möjliggjorde eller kanske till och med bidrog till denna utbyggnad var statsbidragens utformning som tidigare (fram till 1986) varit knutna till antalet institutionsplatser men som övergick till i huvudsak generella kommunbidrag. Statsbidragen är ett av de få möjligheter staten har att styra en verksamhet baserad på ramlagar som SoL, men med generella bidrag kan man varken styra formen eller innehållet (Bergmark & Oscarsson 1994). Det är dock inte i platser räknat som den stora förändringen skett, utan i omstruktureringen från tvångsvård till frivilligvård och "...sannolikt också att narkomanvården expanderat på alkoholistvårdens bekostnad" (Blomqvist 1996, s. 5). Det allt kärvare ekonomiska läget som rådde under första halvan av 1990-talet medförde även att man började ge upp de "...högt ställda rehabiliteringsmål, som traditionellt präglat detta vårdområde." (ibid. s. 36). Institutionsvården kom i allt högre grad att rikta sig till missbrukare som var både yngre och mindre socialt integrerade medan behandlingarna av socialt integrerade alkoholmissbrukare blivit betydligt färre. (ibid.).<sup>3</sup>

En annan viktig orsak till de förändringar som skett var de nya behandlingsmetoder som dök upp under 1980-talet i Sverige.

### 2.3 Förändringar i behandlingsmetoder

I mitten av 80-talet introducerades den s.k. Minnesotamodellen i Sverige och vann snabbt mark. En av anledningarna till att den så snabbt växte kan antas vara att det i jämförelse med andra behandlingsmodeller är en billig behandling och att den förkortade behandlingstiderna avsevärt. En sex veckors behandlingsperiod på en delvis öppenvårdande verksamhet med behandling enligt Minnesotamodellen kostar placerande kommun ca 55 000 kronor medan en längre institutionsplacering kan kosta upp emot en miljon kronor för en enskild brukares vård. (enligt intervjuad utredare) Man kan ganska snabbt se att det är många öppenvårdsbehandlingar som skulle kunna bekostas för samma belopp som bekostar slutenvården för en klient.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Hela gruppen institutionsvårdade har blivit yngre, vilket enligt Blomqvist, beror på att det till större del handlar om en övergång i att allt mer vårda för narkotikamissbruk. I jämförelse med alkoholmissbrukarna är denna grupp yngre.

Behandlingshem som var anslutna till Minnesotamodellen eller AA's tolvstegsprogram svarade under perioden 1988-93 för mellan tjugo och tjugofem procent av alla intagningar. En utveckling kunde under 1990-talets mitt också ses i att dessa program fick ta emot en allt tyngre klientgrupp. En starkt restriktiv hållning från socialtjänstens sida kunde också ses under denna tidsperiod vad det gällde nya institutionsplaceringar (Blomqvist 1996). Bergmark och Oscarsson (1994) menar också att Minnesotamodellen är den första uttalat marknadsanpassade modellen för behandling av missbrukare.

#### 2.4 Privata behandlingsalternativ

I slutet av 80-talet växer också andelen privat drivna institutioner för frivillig missbrukarvård. 1982 drevs 75% av alla institutioner för frivillig missbrukarvård i offentlig regi. Motsvarande siffra 1990 var 35%. Idag, tio år senare, är 72% av de knappa en miljon vård dygn på institution, som beviljades av socialtjänsten år 2000, utförda av privata eller enskilda vårdgivare (Socialstyrelsen 2001).

Det finns och har funnits en uppsjö av olika behandlingsalternativ inom missbrukarvården och det kommer ständigt nya. En annan faktor till att behandlingsalternativen ökar så fort i antal kan vara, att då det inte finns någon direkt empiriskt underbyggd forskning om vilka behandlingsmetoder som fungerar bäst, finns det mycket små möjligheter att utesluta metoder som verkningslösa (Bergmark & Oscarsson 1994). Det leder i sin tur till att tillsynsinstanser eller andra inte kan begränsa antalet uppkommande enheter. Man menar också att det saknas en specifik och gemensam kunskapsmassa trots att missbrukarvården finns etablerat som ett professionellt fält. En specifik utbildning skulle kunna verka som en återhållande kraft. Kravet på den personal som skall starta upp och driva ett behandlingshem gäller i första hand föreståndaren (SoF 10§). Bergmark och Oscarsson (1994) kallar 80-talet för producenternas paradiset. De menar att resurserna i stort sett var obegränsade. Den ekonomiska medvetenhet och tillbakahållande position som man senare tvingats intaga i kommunerna var då obefintlig. Det i samråd med bristande kontrollinstrument gentemot producenterna av missbrukarvården menar de gav ett idealiskt läge för producenter av vård som var ämnad att köpas av klienternas företrädare, nämligen socialtjänsten (Dahlberg & Vedung 2001).

---

<sup>4</sup> De frivilliga institutionsplaceringarna kostar mellan 600:-/dygn till 1800:-/dygn. Den genomsnittliga kostnaden ligger runt 1200:-/dygn. Behandlingstiden för institutionsvården varierar kraftigt beroende på behandlingstyp och kan vara allt mellan åtta veckor och arton månader.

## 2.5 Förändringar i missbrukarvården

Författarna Bergmark & Oscarsson (1994) menar att det finns fyra avgörande faktorer som utgjorde förändringarna som kan ses när man jämför missbrukarvården under 80 och 90-talet. Jag kommer kort att redogöra för dessa förändringar.

### Förändringar i statsbidragssystemet

1986 förändrades statsbidragssystemet till att bli generella statsbidrag till kommunerna som ersättare för ett tidigare platsbidrag. Det innebar att kommunerna tvingades disponera kostnaderna efter hur behoven såg ut i just den kommunen och man kunde nu se vilka kostnader kommunen själva fick bära. En kostnadsmedvetenhet uppstod om vården för missbrukare.

### Införandet av nya organisations- och budgetmodeller

1991 var det i Sverige regeringsskifte som innebar en ideologisk uppmuntran till fler drivna behandlingshem i form utav bolag eller stiftelser, genom avreglering inom det offentliga. En vårdmarknad började bli tydlig även om dess utformning startat redan i slutet av det förra årtiondet. Förändringen låg dock inte främst i att det nu fanns fler privatdrivna alternativ, eftersom det av tradition funnits i stor utsträckning även tidigare, utan att man i allt större grad frångick den modell där kommunerna hade abonnemang på vissa institutionsplatser. Istället fick man ett tydligare köp och sälj system på flera håll med resultatenheter inom de olika verksamheterna i kommunen. Det ekonomiska ansvaret delades upp på de olika områdena inom socialtjänsten och det blev en tydligare budget som i sin tur mötte en konkurrensutsatt vara i form av andra ekonomiska organisationer inom det offentliga eller utanför.

### Kommunernas försämrade ekonomi

I början av 90-talet möter så kommunerna en ansträngd ekonomisk situation. På alla områden talar man om rationaliseringar och nedskärningar och då även inom institutionsvården. Med en hårdnande konkurrens tvingas institutioner att lägga ner sin verksamhet och antalet behandlingshem minskar (Bergmark & Oscarsson 1994).

### Synen på behandlingsresultat

En hårdare konkurrens ledde inte bara till nedläggning av ett antal verksamheter utan också att man utifrån beställaren började efterfråga goda behandlingsresultat. En ideologisk skillnad från den tanke om vården som fanns på 70 och 80-talet. Då riktade många vårdproducenter

och konsumenter in sig på själva processen, samt på relationer missbrukare och vårdgivare och resultat kunde mätas i beläggningsprocent och genomförda vårdinsatser. I och med att modeller som Minnesota börjat växa inom fältet fick man också ett nytt perspektiv på de långa institutionsvistelser som varit vanliga. Minnesota använde sig av korta behandlingar som varade mellan en till två månader och hade ett gott rykte vad gällde resultat och struktur. En annan bidragande orsak till den förändrade synen på behandlingsresultat var den förändring som skett genom forskningen på socialhögskolorna. Där såg man på missbrukarvården på ett mer kliniskt och vetenskapligt perspektiv. Det var ett ”inomprofessionellt ifrågasättande” (Bergmark & Oscarsson 1994 s.104) av hur verksamheten tidigare sett ut.

## 2.6 Ekonomiska förändringar i samhället och för socialtjänsten

Åke Bergmark (1994) menar att nittiotalets lågkonjunktur, kommunernas försämrade ekonomi och införandet av marknadsincitament är faktorer som alla påverkat socialtjänstens utveckling under det gångna årtiondet. Närmare handläggningsarbetet ligger faktorer som ekonomiseringen och specialiseringen av socialtjänsten.

Bergmark (1994) menar att till följd av den ekonomiska krisen, under 90-talets första hälft, har ”ekonomiseringen av arbetet” (ibid. s. 32) blivit ett faktum. Resultatenheter ger ett större direkt budgetansvar till enhets- och verksamhetschefer. Han skriver ”En cheftjänsteman som inte lyckas balansera intäkter och utgifter gör sig skyldig till ett större misslyckande än den som ur ett kvalitetsmässigt perspektiv inte lyckas bedriva annat än en nödortfikt acceptabel verksamhet” (Bergmark, 1994 s.32). För att säkra sin egen position och för att säkra den verksamhet de är verksamma i kommer man att bli allt mer lojal till de ekonomiska kraven på verksamheten, och dessa kommer att ta en allt mer framträdande roll i hur arbetet skall utföras. Det blir då av vikt för enhets- eller verksamhetschefer att föra ner dessa tankar till de lägre nivåerna i verksamheten, d.v.s. att tjänstemännen i sitt utövande tar denna aspekt på lika stort allvar och därigenom tar *sitt* ansvar för budgeten.

## 2.7 Inte en traditionell marknad

Det som i grunden skiljer kommunernas missbrukarvård och upphandling av behandlingsplatser från en traditionell marknad, oavsett om köpen rör andra offentliga verksamheter eller privata alternativ är uppköparens något otydliga roll. Konsument och uppköpare är här inte nödvändigtvis samma person. Den som bekostar och beställer vården är



inte samma person som är ämnad att ta emot given vård. Här står brukaren som konsument. Brukaren är servicemottagare i den offentliga sektorn (Dahlberg & Vedung 2001). En annan avgörande skillnad är att tjänsterna köps för offentliga medel. Det innebär att den som betalar för vården, och därmed också väljer eller kraftigt påverkar formen av varan, är inte den samma som skall bruka den (Bergmark & Oscarsson 1994). Detta blir lätt problematiskt i det ekonomiskt orienterade system vi kan se som genomsyrande i dag, inte bara inom missbrukarvården. Konsumentrollen på en traditionell konkurrensutsatt marknad har att ta hänsyn till såväl kvalitet som pris på varan han önskar köpa. I detta fall är det emellertid någon som tar den hänsynen åt brukaren, men inte utan krav på sig att uppfylla de ekonomiska kraven.

Det innebär inte nödvändigtvis att man kan bortse från krav om kvalitet. Om man då inte handlar för sin egen skull måste det kanske finnas något som driver en i att leva upp till dessa krav. Profession och yrkesstolthet skulle kunna vara en drivande motor i samband med krav om utvärdering och resultatuppföljning. Om de kommunanställda däremot anställs på grund av sin uppköparkompetens, och endast det, ligger den enskildes intressen illa till. Då det under 90-talet även saknats vetenskapligt hållbara undersökningar beträffande rehabiliteringseffekter enligt författarna Bergmark och Oscarsson (1994) är det svårt att konkurrera med de ekonomiska intressena som är tydligt mätbara i förhållande till effektivitet och resultat.

När de ekonomiska och sparmålen kommer främst, ökar också riskerna att enskilt satsa mer på de grupper där möjligheterna till ett positivt utfall är som störst. Det kan då innebära ett minskat intresse för de klienter som har en mer komplicerad problematik, de som kräver större åtgärder, d.v.s. de som i praktiken är de mest utsatta och marginaliserade grupperna. Bergmark (1994) menar att en argumentation kring ekonomiska besparingar på behandlingar inte är helt lätt att framföra då den som har behov av sådan vård enligt lag har rätt till densamma. Att spara på samhällskostnaderna i sig är något som många politiker måste försvara men att göra det på bekostnad av de som är svagast är inte lika lätt att försvara. ”Socialnämnden skall sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han behöver för att komma ifrån missbruket.” (SoL 11§ 3 stycket). Argument som är vanliga i samband med utbyggnad eller utökad användning av öppenvården brukar bl.a. vara att man måste se till att värna om klientens egna ansvar, att slutenvård löper allt för stor vård för att institutionalisera klienterna i förhållande till deras framtida liv som samhällsmedborgare.

Författaren menar att dessa argument inte sällan tjänar som förtäckta (ej så populära) ekonomiska argument (Bergmark 1994).

Dahlberg (2001) tar upp riskerna med de olika påverkansfaktorerna på socialtjänstens klientarbete. Han menar att det finns en, av medborgarrollernas status i samhället överhängande risk för att en konflikt uppstår mellan brukare och tjänstemän/professionella. Tjänstemannen har i de flesta fall ett kunskapsövertag i förhållande till brukaren vilket försvårar dennes möjlighet att föra fram sina åsikter. Man kan också tänka sig att tjänstemannen värnar om sitt eget intresse i att visa goda resultat uppåt och därav inte värna om brukarens väl och ve i alla fall. Det faktum gör det om möjligt ännu mer intressant att titta på i vems intresse en utvärdering sker.

### 2.8 Utvärdering, Klientarbete och kvalitet.

När man talar om utvärdering inom socialtjänsten och dess klientarbete är det viktigt att skilja på de olika förutsättningar som finns. Dels har man klientarbetet som är uppbyggt utifrån inomprofessionella kriterier och dels de som har lagstiftningen som utgångspunkt (Pettersson, 1994). Det inomprofessionella klientarbetet kan beskrivas som informellt socialt arbete, d.v.s. det arbete som har sin utgångspunkt i teorier om människan och samhället och olika metoder och teorier för socialt arbete. Det lagstadgade klientarbetet är, precis som det låter, det formella insatser som definieras genom lagar och förordningar (myndighetsutövning). De båda arbetsdelarna är beroende av varandra och är inte alltid helt enkla att skilja åt, men har olika förutsättningar i fråga om utvärdering. Myndighetsutövningen är enligt Pettersson (1994) förmodligen lättare (men ej oproblematiskt) att mäta utifrån kvalitetsaspekten då det är en väldefinierad verksamhet med regler för hur det sociala arbetet skall bedrivas. Här finns krav på materiellt innehåll, rättsäkerhet m.m. genom normer.

Man har även i utvärderingssammanhang olika typer av erfarenheter att ta hänsyn till, vilket inte minst blir viktigt när man skall presentera de resultat som gjorts. Eliasson beskriver i boken "Forskningsetik och perspektivval" en syn på erfarenheter som uppdelad på två olika grunder. Hon menar att dels finns den erfarenhet som grundar sig i det praktiska arbetet. Hos Eliasson benämns denna erfarenhet som *autentisk erfarenhet*, "en enhet av *insikt* och *intryck*" (Eliasson, 1995 s.98). Men erfarenheter kan även göras på andra sätt, nämligen genom att ta del av andras erfarenheter. Det sker såväl genom tal som text, men också genom den forskning och det utvärderingsmaterial som produceras. Denna typ av erfarenhet benämns

som den *auktoritativa erfarenheten*. Nödvändigheten finns av båda typernas erfarenhet. Om man endast har tillgång till den autentiska erfarenheten blir mängden av erfarenheter begränsad men, är det tvärtom så att man huvudsakligen gör auktoritativa erfarenheter är det kvaliteten som kan bli lidande.

Fridell (1996) skriver om olika variabler när det gäller att mäta verksamheter inom institutionsvården. Han menar att medan produktivitet och effektivitet kan mätas i ekonomiska eller andra faktiska termer är det annorlunda med kvalitet. För att mäta kvalitet måste man ta med en rad subjektiva faktorer så som missbrukarens egna förväntningar på vården samt dennes behov och inte minst attityd till insatsen. Att mäta kvalitet inom missbrukarvården är problematiskt. Det är inte ovanligt att behandlaren uppfattning om vad som är kvalitet i behandling kan skilja sig väsentligt från vad klienten upplever, främst på grund av att behandlaren gärna betonar den tekniska kvaliteten eller effektivitet medan klienten fäster större betydelse vid relationer till behandlande personal samt bemötande. Att enbart mäta klientens upplevelse av kvalitet i vården kan aldrig redogöra för hur vården har fungerat kvalitetsmässigt. För att mäta det måste man ta med faktorer som metodinnehåll och behandlarperspektiv.

Resultat av denna typen av mätningar är som mest användbara vid matchning, något som kort kommer att beskrivas nedan. Vad som är lika relevant är att genomföra är resultat- och utfallsstudier, enligt Fridell (1996). Här kan man mäta hur det har gått för en viss klient men inte dra slutsatser om styrkan i en viss metod generellt sett. Utfallet är kanske det som får anses svårast att utvärdera, i alla fall på ett generellt plan, då det är svårt att fastställa klara samband mellan mål, insatsen och dess karaktär, samt resultat. Då det inte finns några generella kvalitetsmättningsmodeller inom individ- och familjeomsorgens verksamhet måste man utvärdera varje ärende i sig (Pettersson, 1994). Ännu en definition som måste klargöras när klientarbetet inom socialtjänsten skall utvärderas, fastställas och värderas är frågan om ur vilket perspektiv det görs. Det handlar alltså inte bara om att mäta och att besluta om hur och vad som skall mätas, utan om vilkas intressen som skall tillgodoses i mätningen.

## 2.9 Matchning, klientens önskemål

Det har sedan de sista åren på 80-talet blivit allmänt att tala om matchning i både facklitteratur och populära framställningar. Man talar då om behovet av att matcha klient och behandling trots att det verkar som om tillämpningen i praktiken är mer undantag än regel

(Blomqvist, 1991). I matchningshypotesens fruktbarhet ligger förutsättningen att missbrukare är olika på så vis att det kommer att ha betydelse för behandlingens utfall. Det handlar också om en syn på missbruket som grundat på specifika orsaksmönster och som då kan avlägnas med hjälp av effektiv behandling.

Med matchning talar man först och främst om självmatchning med den organisation vi har i Sverige, som den mest fruktsamma modellen. Det man måste fråga sig är emellertid om de offentliga vårdbyråkratierna eller de privata alternativen gör det möjligt för klienterna eller brukarna att göra informerade val av sin egen behandling. Självmatchning blir en nödvändighet om man skall slippa lita till socialarbetarnas intuition. Det blir man i alla andra typer av matchning då det varit svårt att genom empirisk forskning visa på tydliga kopplingar (samband) mellan klientfaktorer och överensstämmande behandlingsvariabler och resultat. Detta förhållningssätt framhåller i högsta grad socialsekreterarens profession vad det gäller frågor kring behandlingsmotivation och den information som måste finnas tillgänglig för att klienten skall kunna ta del av den. En förutsättning är naturligtvis att det finns meningsfulla alternativ att välja mellan, vilket i sin tur ställer höga krav på den organisation som möter missbrukaren (Blomqvist 1991). Självmatchningen är den i praktiken mest realiserbara formen för utfallet av behandling, förmedlade av klienternas inställning till, engagemang och behandling. Det handlar inte så mycket om metoder och teknik för behandling som den ”upplevda trovärdighet och relevans för den enskilde klienten.” (Blomqvist, 1991 s.12).

Blomqvist (1991) menar att socialsekreterarna (som ingått i hans undersökningsmaterial) i huvudsak är positiva till matchning men upplever att de p.g.a. hög belastning och ett rutinmässigt arbetssätt samt bristande överblick av tillgängliga alternativ har svårt att leva upp till kraven på matchning på ett bra sätt. Han menar att man i praktiken ofta har en mycket schablonmässig bild av både missbrukare och behandling. Ett exempel är de rutinmässiga placeringar som görs, av äldre missbrukare på rehabiliteringsinriktade program, vilket kan vara en av orsakerna till varför dessa personer ofta avbryter behandlingen en kort tid efter att den inletts (Blomqvist 1991).

Liksom tidigare nämnts består utbudet inom missbrukarvården och speciellt på institutionssidan består till stor del av alternativ med privata huvudmän. Ur matchningssynpunkt kan det vid första anblicken verka positivt med många alternativ som genom konkurrens skulle leda till bättre vård. Blomqvist (1991) menar dock att så ej är fallet.

Här finns ingen automatik. Ofta handlar det om helt andra tävlingsmoment än att anpassa vården till klienternas förutsättningar. Snarare är det pris, komfort och tillgänglighet d.v.s. att man erbjuder plats åt så många som möjligt oavsett om de har specifika vårdbehov som gör att man kanske borde avsa sig vården om vissa klienter. Att man sedan tävlar om goda vårdresultat kan istället leda till ett riktat urval av klienter. Risken blir att man istället för att anpassa vårdbehov och behandling, och då ibland tvingas avvisa klienter, menar att man med unika metoder kan hjälpa alla ”typer” av missbrukare.

Viktigt är, att då den svenska missbruksvården som till stor del drivs av privata intressen, upprättar någon form av varudeklaration av olika behandlingsalternativ. Att åstadkomma en objektiv och heltäckande information är inte lätt och kanske inte ens möjligt men ett sätt skulle kunna vara att ha centralt upprättade krav vad det gäller dokumentation och utvärdering (Blomqvist, 1991).<sup>5</sup> Vad som också krävs och som understryks är beställarens förmåga att kritiskt granska den information och de resultat som de skilda behandlingsenheterna producerar. Den sakliga informationen är grunden för en lyckad självmatchning.

### **3. Presentation av eget material – redovisning av intervjuer**

Nedan följer en redovisning av insamlat intervjumaterial. Varje stycke med tillhörande rubrik följs av en analys. Enkäten (bilaga) som presenteras, innehöll tio alternativ som skulle rangordnas utifrån vad den intervjuade ansåg var mest avgörande, näst mest avgörande o.s.v. vi placeringar. Jag vill här understryka att det i de fall av enkätpresentationen, där det står exempelvis; ”tre av fyra har svarat...” inte rör sig om några kvantitativa fakta som det går att dra generella slutsatser ifrån. Det är endast ett sätt att åskådliggöra materialet då det handlar om en kvalitativ undersökning. Det är det sammantagna intrycket av enkäter och intervjuer som ligger till grund för analysen.

#### 3.1 Ekonomiska hänsynstaganden

Alla utom en beslutsfattare har placerat ekonomin mellan plats sju och tio i prioritering i enkäten. En har nämnt denna faktor som högsta prioritet. Ingen av de som enbart gör utredningar har nämnt ekonomin bland de sex första i prioritetsordning.

---

<sup>5</sup> I nuläget är det upp till varje länsstyrelse att i tillståndsgivningen skapa riktlinjer för vad som gäller i det län man är verksam.

Intervjuade med rätt att fatta beslut i frågor av placeringar

Utifrån de intervjuade beslutsfattarnas utsagor kan man förstå att ekonomin har en viktig roll och inte minst för de som fattar beslut om placeringar och tillika, i de flesta fall har budgetansvar. De två politiker som uttalat sig menar att ekonomin är den enskilt viktigaste faktorn till att dessa beslut inte bör delegeras till enhetschefer eller utredare. (Trots det har man i den kommun där de är verksamma delegerat dessa beslut till enhetschefer.)

Att inneha budgetansvar tar sig olika uttryck för enhetscheferna och gruppledarna jag talat med. Medan en av dem talar om att det ofta är de ekonomiska aspekterna som begränsar behandlingens längd, d.v.s. att man inte alltid godkänner en så lång behandlingstid som föreslagits, menar en annan att det inte får påverka längden på en påbörjad behandling. Hon menar då istället att det kanske i viss mån påverkar hur många institutionsbehandlingar som kan inledas. Att det är ekonomiskt tänkande som ligger bakom det val av behandlingsform som man gjort i kommunen råder det ingen tvekan om, enligt en av de intervjuade beslutsfattarna. Han menar att det oftast är den som lägger sig lägst i pris som får det avtal som knyts till kommunen.

Utredare utan beslutanderätt

De utredare jag intervjuat har ingen delegation och heller inget budgetansvar. Trots det är de flesta medvetna om kostnadernas betydelse. I första hand är det den med beslutanderätten som bär ansvaret för att tänka på den ekonomiska aspekten vid valet av behandlingsform menar de utredare som jag intervjuat och en av dem menar att det är ekonomin, och endast det som den som fattar beslutet skall se till. Samtidigt kan de ej undgå att vara kostnadsmedvetna, då de lättare kan få bifall för ett beslut som ligger inom den ekonomiska ramen. En av utredarna löser det här genom att på förhand få besked om vilka ramar som finns. På så sätt undviker man det avbrott som uppstår om man måste gå tillbaka och söka en ny form p.g.a. av att behandlingen blir för dyr. En annan utredare menar att, även om det i den kommun han arbetar i inte finns någon uttalad policy om att i första hand placera i den behandling som har kommunal huvudman, så är han medveten om att det är bra om man inte glömmer bort att den finns. Att placera här innebär en betydligt lägre behandlingskostnad för placerande nämnd till följd av det rabattsystem som finns i kommunen.

Vad som står klart när man går igenom intervju svar och enkätsvar är att även om det råder viss skillnad mellan dessa två former, kan ingen större skillnad ses mellan utredande

respektive beslutande tjänstemän. Den lilla skillnaden är att utredande tjänstemän placerat ekonomin något lägre i prioritet jämfört med beslutande tjänstemän.

Det finns en god kännedom om ekonomins betydelse inte bara hos dem med det faktiska budgetansvaret, utan också hos den som i sitt arbete med klienten skall lägga fram förslag om behandlingsplacering. En av de intervjuade beskrev konflikten i sitt arbete som om han ”satt på två stolar”. Han talade om svårigheten att dels stå på den enskilde missbrukarens sida fullt ut, dels måste man ta hänsyn till kommunens ekonomiska möjligheter och indirekt då också kommunens övriga medborgare. Denna konflikt är inte ovanlig när man talar om socialtjänstens arbete. Man kan fundera över om det överhuvudtaget är möjligt att med samma styrka försvara två intressen då dessa hamnar på kollisionskurs med varandra.

Bergmark (1994) beskriver hur den ekonomiska utvecklingen har påverkat verksamheterna genom att utveckla budgetenheter vilket i sin tur lett till att det blivit strategiskt viktigt för tjänstemännen att hålla de ekonomiska ramar som getts för att säkra sin egen position i verksamheten. Ett sätt blir då att föra ner det ekonomiska tänkandet på alla nivåer så att, i det här fallet, även utredarna ser det som sin uppgift att hålla budgetramarna och av samma anledning som sina överordnade.

Att utredarna har den stora ekonomiska medvetenhet om behandlingskostnader är till viss del en följd av hur arbetet organiseras. Det intressanta blir att se till i hur stor utsträckning de låter sig påverkas av den medvetenheten. Det finns inom socialtjänstens organisation, som i så många andra, en tydlig hierarki. Att ”få igenom sitt förslag” om placering av en klient verkar sett utifrån materialet, spela en betydande roll för många utredare. Man vill slippa kompromissa, något som dels skulle innebära en tidsförlust men möjligen också en förlust i prestige. De professionella utredarna har ju trots allt lagt fram det förslag som man tillsammans med klienten anser vara det mest lämpliga.

### 3.2 Vad vet man om vården som upphandlas?

I enkäten svarar tre av fyra av beslutsfattarna att den *tidigare erfarenhet* man har av placeringar kommer på första eller andra plats i vad som avgör var en placering skall göras. Två av fyra utredare gör samma prioritering, de andra två placerar erfarenheten av tidigare placering bland de fem första.

Samtliga beslutsfattare placerar den *personliga och yrkesmässiga kännedomen* om vårdgivaren bland de fem viktigaste faktorerna. Två av utredarna hävdar personlig och yrkesmässig kännedom om vårdgivaren som den enskilt viktigaste faktorn bakom valet av behandlingsinstitution.

Tre av de fyra beslutsfattare som ingår i intervjumaterialet anser det så viktigt med *bra resultat vid utvärdering* av vården att de placerat alternativet bland de fem mest betydelsefulla i valet av behandling. Endast två av utredarna har gjort samma prioritering.

Intervjuade med rätt att fatta beslut i frågor av placeringar

De beslutsfattare som ingår i intervjumaterialet menar alla att det som ligger till grund för kunskapen om en behandlingsinstitution till stor del handlar om erfarenheter av tidigare placeringar. En tät kontakt med institutionerna spelar naturligtvis också roll, något som försvåras om man har många olika behandlingsalternativ inom verksamheten. Det händer vid enstaka tillfällen att man initierar en närmare granskning av någon institution, och i de fall handlar det oftast att man kontaktar länsstyrelsen i berörd del av landet för att få deras bild av verksamheten.

Utvärderingar uppfattas generellt som positivt men måste läsas med hänsyn till vem som utvärderat. Att tillmäta utvärderingar gjorda av institutionerna själva någon större relevans kan man sällan göra, menar en av de jag talat med. En annan åsikt som kommit fram är att utvärderingarna visserligen är viktiga för arbetet men att de i allt för stor utsträckning belastar arbetet tidsmässigt. Socialsekreterarna har ingen tid att ta del av materialet, menar en av deras överordnade. Avgörande för kunskaper om de verksamheter man placerar klienter är tidigare erfarenheter, samt att ta del av kollegors samlade erfarenheter.

Utredare utan beslutanderätt

En bra metod för att skapa sig en uppfattning, om de institutioner man använder sig av, är att besöka verksamheten, gärna tillsammans med den berörda klienten. Tidigare erfarenheter är också en viktig referens. Inte bara de erfarenheter som man själv och kollegorna har av tidigare placeringar, utan också genom att ta tillvara de erfarenheterna som klienter har gjort och lyssna till deras berättelser. Också av utredarna nämns vikten utav ett gott samarbete och god kommunikation mellan uppdragsgivaren och utföraren av behandlingen.



Förhandsinformation om en viss behandlingsinstitution får man bäst genom det informationsmaterial som ges ut av institutionerna, exempelvis genom hemsidor och foldrar. Referenser från länsstyrelse eller socialstyrelse hör till ovanligheterna att man begär in, menar de utredare jag har intervjuat. En av utredarna menar att hon hör med sina kollegor om vad de har för kunskap om institutionen som är aktuell i frågan men att hon framför allt hör med sin närmaste chef och tillika den som fattar beslutet. Flera av de utredare jag talat med menar att det är ont om utvärderingar av behandling och att något objektivt utvärderingsmaterial inte existerar.

Gemensamt för de båda grupperna<sup>6</sup> är att man skattar de tidigare erfarenheterna högt när det gäller val av placering för den enskilde missbrukarens vård. Det är erfarenheter från de placeringar man tidigare har gjort samt den kännedom som finns av kollegors placeringsärenden. Dessa erfarenheter utbyts muntligen på konferenser och i den dagliga kontakten med arbetskamrater. Eliasson (1995) benämner dessa erfarenheter som de autentiska respektive auktoritativa. Problematiken med den typen av erfarenhetsutbyte som beskrivs i intervjuerna är att man trots sin gemensamma profession inte har några garantier för att man utgår ifrån samma grund när man gör bedömning om en behandlingsinstitutions för- och nackdelar. Pettersson (1994) och Blomqvist (1991) talar båda om bristen på gemensamma och centralt upprättade krav för såväl utvärdering som kvalitetsmätning. I deras resonemang handlar det framför allt om det mer bestående material så som utvärderingar och uppföljningar av olika slag. Att en gemensam grund skulle ha minst lika stor betydelse för den muntliga erfarenhetsöverföringen behövs knappast understrykas.

Att det saknas tillräckligt med utvärderingsmaterial är en gemensam åsikt. Samtidigt betraktar man det material som finns med viss skepsis och är medveten om att alla utvärderingar måste läsas utifrån vem de är avsedda för, samt med en kritisk blick på klienturval m.m. Utredarna som ingår i undersökningen vittnar dock om att det, trots att det finns visst material att tillgå i dessa frågor, är svårt att finna någon tid i det dagliga arbetet att fördjupa sig i uppföljningar och utvärderingar. I viss mån kan detta ses som ett kortsiktigt tänkande, men också en prioritering som till viss del görs uppifrån. Om man har en utvecklingsledare inom organisationen som har till uppgift att studera sådant material måste också innebära att det kommer de enskilda utredarna till känna, men hur det i verkligheten ser ut kan skilja mycket

---

<sup>6</sup> I den här frågan råder stor skillnad mellan de uppgifter som lämnats i enkäten och vad som sagts under intervjuerna, vilket kan tyda på att man i enkäten, som till sin form är mer onyanserad har varit rädd att ge en felaktig bild, varför man i högre grad valt att svara utifrån sina önsknings om hur det borde vara.

beroende på organisation och person. En ekonomiska kännedom hos utredarna blir till en outnyttjad resurs om det visar sig att man köper tjänster från institutioner som tidigare i samband med utvärderingar visat sig vara mindre lämpliga för ändamålet.

Det förhandsmaterial som utredarna i första hand kan vara intresserade av söker de genom de foldrar och liknande som delas ut av institutionerna själva samt genom att studera deras hemsidor. Det materialet kan tala om en del, om institutionerna men måste kompletteras med mer kritiskt granskande material, då deras egna foldrar och hemsidor tjänar som reklam vid sidan om sitt informativa syfte. För de enskilda behandlingsinstitutionerna handlar det om att sälja platser och tjänster till kommunernas socialtjänst. Klientens möjligheter att kritiskt granska den information som finns kring olika behandlingstyper är grunden för att en fruktsam självmatchning skall kunna komma till stånd (Blomqvist 1991). Förutsättningen för att klienten skall kunna tillgodogöra sig den information som finns, är naturligtvis, att även utredaren har en kritisk hållning. Om man baserar sina val på den reklam och information som kan ses på de olika behandlingsinstitutionernas hemsidor är det tveksamt om man har så stora möjligheter att vägleda klienten.

### 3.3 Metod och bakomliggande ideologi för behandling

Två av de beslutsfattarna har placerat metod för behandling som den näst mest avgörande faktorn vid val av behandling, medan de andra två har nämnt det i slutet av listan. Bland utredarna är det endast en som har nämnt metoden bland de tre första. Ideologin bakom behandlingen nämns endast av en beslutsfattare och en utredare som en av de tre viktigaste faktorerna.

Intervjuade med rätt att fatta beslut i frågor av placeringar

Mer än några favoriseringar av vissa metoder, så återkommer snarare metodfrågan genom tal om matchning. Man kan inte generellt säga att det finns bra och dåliga metoder, enligt dessa tjänstemän, utan det handlar om att finna rätt metod för rätt klient. Att ha tillgång till olika varianter av behandlingar blir därför viktigt. Man menar också att mycket beror på personalen i behandlingen, hur de utnyttjar och anpassar den metod man arbetar efter till klientens behov. Man är både påverkad och medveten om att det finns trender i vilken metod som "gäller" just nu, men menar att behandlingarna inte är lika snabba att erbjuda de metoder som efterfrågas. Det råder en viss tröghet i metodutveckling ute på fältet menar någon. Vilka ideologier som ligger bakom en behandling menar man inte har någon stor betydelse, om ens någon alls.

Utredare utan beslutanderätt

Även de utredare jag talat med menar att metodvalet i sig handlar om att matcha klient och behandlingsmetod och menar att det inte generellt kan sägas att det några metoder som är bättre än andra. Det handlar mer om motivationen hos den enskilde i förhållande till metod.

Här råder inte någon skillnad mellan de svar jag fått ifrån utredande och beslutande tjänstemän. Man menar att vilka behandlingsmetoder med bakomliggande ideologier som finns inte har någon större inverkan på valet av behandling även om det kan ha en viss betydelse vid matchning. Samtidigt eftersöker man de nyare metoderna, då man menar att utvecklingen går för långsamt. Bergmark och Oscarsson (1994) menade att det inom yrkesområdet för behandlingspersonal saknas en specifik kunskapsmassa som är gemensam och menar att det skulle vara en av orsakerna till att det uppkommer så många olika metoder och behandlingshem. Problem blir det om man inte vet de konkreta skillnaderna mellan de olika behandlingarna och vad de olika ideologierna har för betydelse för klienten. Den uppfattning som framkommit under arbetet har emellertid varit sådan att man menar att; så länge behandlingen passar den enskilde brukaren/klienten spelar det ingen roll vilken metod det rör sig om. Man anser sig inte ha någon orsak att värdera de ideologier, som står bakom metoderna, för klienterna. Inte ens om man vet att det inte framgår i beskrivningen av metoden eller behandlingshemmet.

Fridell (1996) menar att man för att mäta kvalitet på behandling måste se till missbrukarens egna förväntningar på vården. Om man då som missbrukare inte kan tillgodogöra sig alla aspekter av en viss behandling i förhand, måste man lita till utredarens bedömning. Om denne inte kritiskt granskar även variabler som metod och bakomliggande ideologier är risken stor att brukaren bygger upp felaktiga förväntningar, vilket i sin tur kan påverka resultatet av behandlingen. Vaksamheten på vilka värderingar som ligger bakom de olika metoderna och deras redogörelse av resultat är av största vikt inom ett område där man har haft svårt att begränsa uppkomsten av nya metoder. Just avsaknaden av generella kvalitetsmätningmetoder menar somliga varit orsaken till att man heller inte kunnat avfärda specifika metoder som mindre verksamma. Frågan om vilka ideologier som står bakom de olika behandlingstyperna är naturligtvis av olika vikt för olika människor. I den situation då man skall hjälpa en annan människa att finna rätt metod är det av respekt för den samma som man bör vara vaksam på dessa uppgifter. En annan aspekt blir frågan om finansiering. Skall vi med statliga eller

kommunala medel stödja en verksamhet som kanske i sin ideologi inte stödjer ett samhälle med vetenskap och demokrati som grundläggande värden.

### 3.4 Klientens önskemål

Alla de beslutsfattare som svarat på enkäten har placerat klientens önskemål bland de fem första i enkäten. Två av dem som uteslutande högsta avgörande faktor vid placering. Bland utredarna ser svaren ut på samma sätt.

Intervjuade med rätt att fatta beslut i frågor av placeringar

Man menar här att det i många fall kan vara svårt för en utredare med mindre erfarenhet att våga gå emot en klients önskemål om en specifik behandling trots att man anser någon annan behandling som mer lämplig. Här menar beslutsfattarna att de har en viktig roll i att stötta utredarna.

Utredare utan beslutanderätt

Utredarna menar att klientens önskemål ofta är en svår fråga då de i verkligheten mycket sällan har specifika önskemål om behandling. De gånger klienter har önskemål tidigt i en utredning är de ofta baserade på mycket lösa grunder och ibland kanske förslaget är det enda alternativ man känner till. Man menar dock att, i den mån det finns önskemål om behandling, är det viktigt att ta med dem i utredningen, då det hänger tätt ihop med den motivation som den enskilde har till behandlingen. Man menar också, precis som beslutsfattarna, att det har stor betydelse hur lång erfarenhet den enskilde utredaren har. För att kunna motivera klienten till ett förslag om behandling som inte överensstämmer med personens eget, men som upplevs av utredaren som bättre lämpat, underlättas av att utredaren har erfarenhet från tidigare placeringar.

Som redan tidigare tagits upp är självmatchningen den mest fruktbara typen av matchning enligt Blomqvist (1991). Här framhålls utredarens kompetens i att bistå klienten med relevant information och kritiskt ifrågasättande av de uppgifter som ges av de olika behandlingsformerna och vårdgivarna. De personer som intervjuats menar alla att de fäster stor vikt vid klienternas önskemål men menar också att dessa oftast bygger på lösa grunder.

Det råder också enighet kring det faktum att det är betydligt enklare för en erfaren utredare att påverka en klients möjligen felaktiga önskemål om en viss behandling och hjälpa dem finna

ett passande alternativ. Man återkommer dock till frågan om utredarnas möjligheter att själva förhålla sig till den information de använder sig av. Hur bibehåller man ett kritiskt tänkande emot de metoder och behandlingar som finns om den information man i första hand använder sig av består av verksamhetens egna beskrivningar och försäljningsmaterial? Utredarna beskriver dock andra metoder för att få information och ett av dem är att besöka vårdgivarna, oftast i sällskap med klienterna (se ovan). Grunden för att kunna möjliggöra en matchning mellan klient och vårdgivare är även beroende av att det finns flera olika alternativ som står till buds. Här såg jag en stor skillnad i de kommuner jag besökt. Att i en kommun med bara ett behandlingsalternativ, där kommunen har avtal, och där man endast i extrema undantagsfall placerar annorlunda, blir det svårt att fästa någon större tilltro till matchningens genomslag<sup>7</sup>. Att man motiverar det med likformighet hos klientgruppen torde sticka i ögonen även på den utredare som inte fördjupat sig i matchningens metoder och möjliga vinster.

#### **4. Resultat och avslutande diskussion**

Jag har i denna undersökning försökt finna svaren på vad det är som avgör var man placerar vuxna missbrukare för vård inom socialtjänsten. Här kan konstateras att ett enkelt svar på frågan uteblir. Vad som däremot kan konstateras är att det spelar en viss roll hur kommunerna har valt att avtala om vissa behandlingsformer. Det skiljer även mycket mellan de fyra kommuner jag besökt. Dels skiljer det sig åt på det sättet att behovet av vård ser olika ut, man har ramavtal med varierande antal vårdgivare och det är i de olika kommunerna stor skillnad på hur bundna socialtjänsten är att placera inom de avtal som finns. Inte i någon av kommunerna har man skyldighet, eller en klart uttalad policy att alltid placera i den egna kommunens regi. I en av kommunerna är det klart uttalat att man i möjligaste mån bör placera i den egna öppenvården medan man i en annan kommun endast har ett behandlingsalternativ att använda sig av.

När det gäller den ekonomiska aspekten blir det en fråga som till viss del är avklarad redan före utredning påbörjas, på så sätt att kommunen slutit ramavtal med vårdgivare genom förhandlingar. Där spelar ekonomin, enligt dem jag talat med, en framträdande roll.

I undersökningen har jag också önskat att se om det var några skillnader mellan utredande tjänstemän och de beslutande tjänstemän som inom socialtjänsten tillika ofta innehar ett visst

---

<sup>7</sup> Det fanns i undersökningsmaterialet även de kommuner som hade slutit ramavtal med över tjugo olika behandlingsalternativ.

budgetansvar. Här visar det sig inom ramen för den här undersökningen att likheterna är betydligt fler än skillnaderna. Socialtjänstens missbrukarenheter är, vad jag kan se, organisationer där de värderingar och rättesnören som man använder sig av, finns spridda på alla nivåer. Även på frågan om hur man tillgodoser behovet av kunskap om vårdgivarna är svaren lika. En av anledningarna skulle kunna vara att de personer som arbetar som enhetschefer tidigare arbetat som utredare. En annan orsak kan vara den som tidigare nämns, nämligen att man genom att anpassa arbetet efter rådande normer redan på utredningsstadiet förenklar gången i det enskilda ärendet.

En stor del av uppsatsens fokus har legat kring de ekonomiska aspekterna på behandling av missbrukare. Vi har idag en socialtjänst och ett klientarbete som i allt större utsträckning kräver en kostnadsmedvetenhet av socialarbetare på alla nivåer. Det är en skillnad i hur placeringsarbetet ser ut idag och för femton eller tjugo år sedan, det är alla som jag träffat, och som var med på den tiden överens om. Att vi lever i ett marknadssamhälle idag är inte något som många ifrågasätter.

Vad som krävs, även av socialarbetare som i första hand arbetar med människor, är förutom en medvetenhet om kostnader, också en tydlig medvetenhet om vad kostnadsmedvetenheten innebär. Att man inte slutar att kritiskt granska den situation vi befinner oss i. Med den kritiska hållningen menar jag inte bara att man skall vara kritisk till de kostnader man står inför utan kritiska till det faktum att vi idag mäter insatser och placeringar i kronor och inte nödvändigtvis i människors väl och ve. Möjligen är det ännu viktigare för oss som arbetar, och som kommer att arbeta, med människor att se att pengar har en stor betydelse för hur arbetet bedrivs. Vårt arbete består enligt många av mjukdata, som är svårt att mäta. Att det är svårt att mäta resultaten innebär också att de kan vara svåra att hävda i en värd av konkreta måttstockar bestående av kronor och ören. Att vi har nått en situation där det ekonomiska ansvaret har förts ner genom organisationerna behöver inte vara något negativt men det kan drabba den enskilde och risk finns för att intressen krockar redan på den lägsta nivån i organisationen. Det finns inte heller någon anledning att tala för att öppenvårdens utbredning generellt skulle vara till nackdel för klientgruppen. Däremot kan man klart se en risk om det sker enbart av skäl grundade på ekonomiska resonemang.

Det blir även svårt att föra resonemang kring matchning, om man inte har möjlighet att erbjuda några alternativ. Att tala om matchning i sammanhang där man endast har ett

behandlingsalternativ att erbjuda den enskilde blir till en omvänd situation i förhållande till själva grundidén. Frågan kommer då att bli hur man kan matcha rätt klient för behandlingsenheten och inte tvärt om som det är tänkt. Vi måste ställa oss frågan för vem vi gör en placering, annars finns det risk i att de ekonomiska värdena blir till värden i sig.

Det finns idag ett glapp mellan verksamhet och forskning inom det sociala arbetet, vilket också uppmärksammats inom projektet ”kunskapsbaserad socialtjänst” som drivs av Socialstyrelsen. I min undersökning uttrycks det av en enhetschef som att ”vi (d.v.s. socialarbetare och utredare) är forskningsresistenta” på min fråga om synen på forskning och utvärdering inom fältet för missbrukarvården. Det är en ganska dystert och definitiv bild som målas upp men frågan är vad som ligger bakom. Det finns en tydlig uppdelning mellan de båda typerna av erfarenhet som Eliasson (1995) beskriver, inom det sociala arbetet och inte sällan en värdemässig klyfta som är svår att överbrygga om man inte förmår att se de båda typernas beroende av varandra. Den auktoritativa kunskapen har i vårt samhälle en självklar status och vi riskerar att betrakta den autentiska erfarenheten som mindre värd. För att nå vidare och finna en väg mellan forskning och praktisk erfarenhet krävs emellertid att dessa erfarenheter betraktas som kunskap i lika hög grad. För att kunna utveckla den verksamhet vi här talar om krävs också ett utnyttjande av de forskningsresultat som uppkommer. Med det närmandet kan vi så småningom utveckla metoder för att mäta de insatser som görs och på så vis även öka den enskilde missbrukarens möjligheter till ett behandlingsval som bygger på säkrare grunder.

Men det är inte bara klyftan mellan den praktiska och teoretiska erfarenheten som måste överskridas för att komma till en förändring som kan leda till ett större samband mellan forskning och praktik. Det finns som jag ser det, och som flera av de intervjuade också berättat, en rad organisatoriska förutsättningar som måste till. Så länge man inte finner någon tid i sitt arbete till att ta del av rapporter och annat material, spelar det ingen roll vad man kommer fram till via forskning och utvärdering. Det måste inom ramen för organisationen finnas tid för de enskilda utredarna att ta del av det material som produceras, vilket enligt de intervjuade inte är fallet idag.

## Referenser:

Bergmark, Anders och Oscarsson, Lars (1994) "Från producenternas paradiset till marknadens retorik. Den socialtjänstbaserade missbrukarvården under 1980- och 90-talet" i Pettersson, Ulla, red. *Socialtjänstens klientarbete. Från vision till marknad?* Lund: Studentlitteratur

Bergmark, Åke (1994) "Socialbidragen i den nya socialtjänsten" i Pettersson, Ulla, red. *Socialtjänstens klientarbete. Från vision till marknad?* Lund: Studentlitteratur

Blomqvist, Jan (1991) *Rätt behandling för rätt klient – ingen enkel match*. Stockholms socialtjänsts Forsknings- och Utvecklingsbyrå, FoU Rapport 1991:14

Dahlberg, Magnus och Vedung, Evert (2001) *Demokrati och brukarutvärdering*. Lund: Studentlitteratur

Eliasson, Rosmari (1995) *Forskningsetik och perspektivval*. Lund: Studentlitteratur

Fridell, Mats (1996) *Institutionella behandlingsformer vid missbruk – organisation, ideologi och resultat*. Stockholm: Natur och kultur

Holme, Idar Magne och Solvang, Bernt Krohn (1997) *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur

Oscarsson, Lars (2001) "Missbrukarvården och samhället" *Socionomen* nr.5 s.20-25

Pettersson, Ulla (1994) "Klientarbete och kvalitet - en avslutande diskussion" i Pettersson, Ulla, red. *Socialtjänstens klientarbete. Från vision till marknad?* Lund: Studentlitteratur

Socialstyrelsen: <http://www.sos.se> och telefonkontakt med tjänstemän på statistikenheten



### Personlig bakgrund

Namn

Ålder

Titel, position på arbetsplats

Antal yrkesverksamma år i inom socialt arbete

Inom det område du arbetar med idag

Rätt att fatta beslut, mottagare av delegation, budgetansvar

### Beslutsordning

Vilken beslutsordning har man i kommunen? Finns beslutsprotokoll?

Delegation, etc.

### Behandlingsalternativ

Vad finns det för tillgång på behandlingsinstitutioner i kommunen? Finns det flera alternativ?

Utnyttjar man behandlingsinstitutioner i andra kommuner än den egna?

Finns det för fördelar respektive nackdelar med att köpa behandlingsplats i en annan kommun än den egna?

### Valet av institution

Vilken roll spelar din professionalitet i valet?

Vad anser du dig vara mest påverkad av när du lägger fram ett förslag eller fattar ett beslut om behandlingsenhet?

Hur viktig är frågan om vilken institution behandlingen ges på?

Diskuteras frågan inom arbetet, arbetslaget etc.?

Har det någon betydelse för ditt arbete i processen, om en behandlingsinstitution är driven privat eller inom offentlig regi, i relation till ekonomi, krav på utvärderingar etc.

### Utredaren

Hur stor anser du att din möjlighet är att påverka valet av behandlingsinstitution, i förhållande till de som fattar det faktiska beslutet?

Vad anser du om beslutsfattarens kompetens på området?

På vilka grunder skapar du dig en uppfattning om en behandlingsinstitution?

Vad får dig att bli positiv respektive kritisk till en institution; media, forskning, utvärdering, egen erfarenhet...

### Beslutsfattaren

Hur förhåller du dig till tjänstemannens bedömning och förslag på institution?

Hur anser du att din möjlighet är att påverka valet av institution?

Finns det någon skillnad om det innebär ett privat drivet alternativ än en offentligt driven verksamhet?

Vad får dig att bli positiv respektive kritisk till en institution; media, forskning, utvärdering, egen erfarenhet...

Vad skulle krävas för att en delegation skulle bli tillbakadragen?

### Faktorer utifrån

Hur ser du på utvärderingar i dessa sammanhang, olika typer av utvärderingar? (initiativtagare)

Hur förhåller du dig till aktuell forskning på området, påverkar den dina val?

Hur påverkas du i detta arbete av medias inblandning?

Namn:

Kommun:

Datum:

Jag skulle här nedan vilja be Dig att rangordna följande alternativ. Ordna dem utifrån vilken betydelse Du anser att de har i processen att besluta om behandlingsalternativ för den socialtjänstbaserade institutionsvården för vuxna missbrukare.

(Observera att Du skall ange vad du *tror* påverkar mest, inte vad du anser borde påverka.)

Det står dig fritt att lägga till egna alternativ. Sätt en 1:a framför det alternativ som Du anser påverkar mest, en 2:a framför det som påverkar näst mest o.s.v.

... metod för behandling

... ideologi bakom behandlingen

... erfarenheter från tidigare placeringar

... personlig, yrkesmässig kännedom

... ekonomiska hänsynstagande

... bra resultat vid utvärdering

... klientens önskemål

... tillgång av plats

... abonnemang på platser från kommun

... krav att placera i den egna kommunen om möjligt

...

...

...