



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

Planering av missbruksbehandling

En kvalitativ studie om hur socialsekreterare resonerar

kring processen för val av insats

Adela Jusufovic

Kandidatuppsats SOPA63
HT2018
Handledare: Weddig Runquist

Abstract

Author: Adela Jusufovic

Title: *About planning for addiction treatment. A qualitative study regarding how social workers are discussing about the process of the choices of intervention.* [Translated]

Supervisor: Weddig Runquist

Assessor: Tove Harnett

This bachelor's essay is about how social workers as street-level bureaucrats are dealing with addicted clients and how the process continues in order to find the most optimal treatment for them. The aim was to study which factors, according to the social workers, that were considered as most important and how they affect their task to find an adequate treatment for these clients. Furthermore, the aim was to study how the social workers were arguing and discussing the factors of importance. Finally, the aim was to find out in what extent clients were allowed to be a part of the process in finding a treatment for the client. The method chosen for the study was of qualitative approach. Totally five interviews were conducted with social workers at the same social welfare office within a unit for clients with severe addiction problems. The study found that the street-level bureaucrats regarded it as difficult to explicitly explain which factors that were most important, due to they had to make an overall assessment before they could decide the most adequate treatment for the client. However, the clients space to present their point of view seemed to be, according to the social workers, an important part of their decision-making, but the final decision was made by the head of the unit. The social workers professionalism and their discretion was important since they have to consider the individual situation of each client during the assessment. During the decision-making the evidence-based National Guidelines, published by The National board of Health and Welfare, was not as important as the social workers' own experience-based knowledge (i.e. tacit knowledge).

Key words: evidence based practice, professionalism, discretion, users influence, street-level bureaucrats, tacit knowledge.

Innehållsförteckning

1. Inledning	4
1.1 Bakgrund	4
1.2 Syfte och frågeställningar	6
1.3 Avgränsningar	7
2. Kunskapsläget	7
2.1 Aspekter som kan påverka socialtjänstens val av insatser	7
2.2 Användning av strukturerade bedömningsinstrument (ASI)	10
2.3 Klienters delaktighet	11
2.4 Evidensbaserad praktik	12
3. Teoretiska utgångspunkter	13
3.1 "Tyst kunskap"	13
3.2 Professionsteorin	15
3.2.1 Diskretion enligt Hellberg	16
3.3 Socialsekreterarens handlingsutrymme	17
3.3.1 Street-level bureaucrats	17
3.3.2 Diskretion enligt Lipsky	18
4. Metod och metodologiska överväganden	19
4.1 Val av metod	19
4.2 Urvalsprocess	21
4.3 Genomförande av intervjuerna	23
4.4 Bearbetning och analys av insamlad empiri	24
4.5 Studiens tillförlitlighet	25
4.6 Forskningsetiska överväganden	27
4.7 Förförståelse	27
5. Resultat och analys	28
5.1 Klientegenskapers roll vid val av insats	28
5.1.1 Klienters tidigare erfarenheter	28
5.1.2 Ålder och tid i aktivt missbruk	29
5.1.3 Könsaspekt	29
5.1.4 Huvuddrog	30
5.1.5 Motivation	31
5.1.6 Anhörigas synpunkter	32
5.2 Evidensbaserad praktik i socialtjänsten	33
5.2.1 Riktlinjer och forskning	33
5.2.2 Socialsekreterarens professionalitet	34
5.2.3 ASI	36
5.2.4 Klienters delaktighet	39
5.3 Socialsekreterarens handlingsutrymme och begränsningar	42
5.4 Avslutande analys	44
6. Avslutande diskussion	46
Referenslista	49
Bilaga 1. Informationsbrev om medverkan i intervju	53
Bilaga 2. Intervjuguide	54

1. Inledning

1.1 Bakgrund

I socialtjänstlagen (SoL, SFS 2001:453) finns det särskilda bestämmelser för socialtjänstens ansvar för olika grupper som lagstiftaren har velat lyfta fram, däribland ”missbrukare”. I 5 kap. 9 § SoL klargörs att ”Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs.” Klienternas delaktighet berörs också i en central bestämmelse i 3 kap. 5 § SoL enligt vilken socialtjänstens insatser ”ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne”.

I SoL saknas dock bestämmelser om hur socialsekreteraren ska gå till väga för att finna en lämplig insats för klienter med en missbruks- och beroendeproblematik. Detta är en process där olika byggstenar är beroende av varandra – exempelvis klientens uttalade önskemål, klientens ålder och kön, anhörigas respektive externa professionellas synpunkter, Socialstyrelsens (2017a) rekommenderade insatser etc. utifrån dess nationella riktlinjer, s.k. tyst kunskap (Polanyi 2013), budgetmässiga hänsynstaganden, samt arbetsgruppens och chefens uppfattningar. Hur resonerar socialsekreterare vid val av insatser och vilka faktorer väger tyngst?

Denvall och Johansson (2012, s. 26) berör i sin artikel den överenskommelse som Socialdepartementet och Sveriges kommuner och landsting (SKL) träffade 2010 om att implementera en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Evidensbaserad praktik innebär i detta sammanhang att socialtjänsten vid val av metod, insats etc. ska göra en samlad bedömning av brukarens erfarenheter, den professionelles expertis samt bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap (SOU 2008:18, s. 22). Det senare förutsätter att det har gjorts en prövning av strikt uppställda vetenskapliga kriterier, vilket Socialstyrelsen (2017b) utförligt redogör för i en separat bilaga till dess nationella riktlinjer inom missbruks- och beroendområdet. Utifrån Socialdepartementets och SKL:s överenskommelse skapades en ”Plattform för en evidensbaserad praktik i socialtjänsten” (Denvall & Johansson 2012, s. 32, 35). Avsikten var att den skulle fungera som en långsiktig kunskapsutveckling av

socialtjänsten som ska främja evidensbaserad praktik inom socialtjänsten där målet är en ”evidensbaserad praktik till nytta för brukaren” (Denvall & Johansson 2012, s. 35).

I Socialstyrelsen reviderade nationella riktlinjer (2017a) finns det rekommendationer om bedömningsinstrument för att t.ex. socialtjänsten bättre ska kunna kartlägga klientens hjälpbehov. Dessa rekommendationer har tagits fram genom att Socialstyrelsen anlitat experter som är vetenskapligt välmeriterade inom aktuellt område (Socialstyrelsen 2017a, s. 6). Bedömningsinstrument är tänkta att användas i syfte att underlätta beslut om olika insatser beträffande vård och behandling och för att vara ett smidigt sätt att snabbt samla in information (Socialstyrelsen 2017a, s. 7). Socialstyrelsen rekommenderar socialtjänsten att använda ASI (Addiction Severity Index) eller DOK (Dokumentationssystem inom missbrukarvården) för att bedöma hjälpbehov för personer med alkohol- eller narkotikaproblem (ibid., s. 25). Engström och Armelius (2016, s. 27) påpekar att flera studier har påvisat att ASI har god validitet och reliabilitet som forskningsinstrument. Martinell Barfoed (2014, s. 6,15) lyfter å andra sidan fram de nackdelar som finns med standardiserade bedömningsinstrument som ASI. De nackdelar som tas upp gäller tidsåtgången, att det krävs ett tålamod både från klientens och intervjuarens sida då olika typer av reaktioner väcks genom intervjun. En återkommande problematik som författaren lyfter fram är hur standardiserade intervjuer ger ett litet utrymme för klientens berättande och personliga uttryck, vilket får konsekvenser både för klienten och det professionella handlingsutrymmet (ibid., s. 19).

I den ena delen av *Missbruksutredningen* (SOU 2011:35, s. 165) kan man läsa om att motivation ses som en väsentlig förutsättning för att beviljade insatser ska hjälpa en person att komma ifrån sitt beroende. Vidare nämns det att motivationen brukar vara högst under den tidpunkt som personen sökt hjälp och att motivationen därefter kan variera. Därför menar de på att det är av vikt att skyndsamt erbjuda personen hjälp. Motivation är med andra ord en färskvara för dem som är inne i ett aktivt missbruk. Motivation anses vara en avgörande faktor för framgång avseende insatser för personer med ett beroende (Groshkova 2010), att den enskildes möjlighet att påverka planering av vården stärks är ett sätt att ta tillvara på den enskildes motivation (SOU 2011:35, s. 198).

Att klienten ges möjlighet att vara delaktiga och påverka planeringen för sin vård kallas för brukarinflytande. Brukarinflytande ses som en viktig aspekt för att bland annat stärka klienters inflytande över missbruksvården som i sin tur kommer att öka klientens kontroll över sitt liv. Att ta tillvara klienters kunskap och erfarenhet är viktigt för att kunna utveckla vården och göra vården mer attraktiv. Detta kan i sin tur leda till att fler personer med beroende frivilligt söker hjälp (ibid., s. 194). Klienters kunskap och erfarenhet är även viktigt för att på ett bättre sätt kunna möta klienters behov genom att det används för att utforma behandlingsutbud (ibid., s. 196).

Socialtjänstens väg för att besluta om en lämplig insats för klienter inom missbruksvården kan vara utdragen och lång, eftersom det finns – som jag antyder ovan – många olika överväganden som det kan finnas skäl att beakta i beslutsprocessen. Men vilka är utslagsgivande i slutändan, och finns det en risk att dessa konkurrerar inbördes? Jag tycker därför att det är angeläget att undersöka hur socialsekreterare resonerar och motiverar olika ställningstaganden under planeringsfasen. Det finns inget lagrum eller allmänna råd som socialsekreteraren kan luta sig mot när hen ska besluta om en viss insats. Det finns heller inte någon större praktisk forskning som förklarar hur detta ska gå till – och därför är denna undersökning relevant för socialt arbete.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet är att explorativt studera hur socialsekreterare inom socialtjänstens myndighetsutövning resonerar kring och motiverar bakomliggande faktorer som påverkar socialtjänstens insatser för klienter med en missbruks- och beroendeproblematik. Vidare är syftet att undersöka hur socialsekreterare resonerar kring de faktorer som enligt deras mening har vägt tyngst under planerings- och beslutsprocessen. Slutligen är syftet att undersöka i vilken mån och på vilket sätt som klienter, enligt de professionella, är delaktiga i denna process.

Ovanstående syfte har brutits ned i följande frågeställningar:

- Hur förhåller sig socialsekreteraren till olika faktorer som kan påverka beslut om insatser i enskilda klientärenden, och vilka av dessa anses väga tyngst?

- Hur resonerar socialsekreteraren kring å ena sidan insatsens evidensstyrka enligt Socialstyrelsens rekommendationer och å andra sidan utifrån dennes erfarenhetsbaserade kunskap?
- I vilken utsträckning använder socialsekreteraren standardiserade bedömningsinstrument, som ASI och DOK, vid planering av insatser? Vilka för- och nackdelar anser socialsekreteraren att det finns vid användning av dessa instrument?
- På vilket sätt anser socialsekreteraren att klienten är delaktig i planeringen av insatser?

1.3 Avgränsningar

Jag har valt att avgränsa mig till planering av insats för de klienter som faller under vuxenheten, för den kommun var studien är genomförd är åldersgränsen 18 år. En annan avgränsning är att jag kommer att fokusera på planering av insatser för de klienter som faller under frivillig vård, dvs. under SoL och inte under LVM (lag om vård av missbrukare i vissa fall, SFS 1988:870) – den senare är en tvångsvårdslagstiftning.

2. Kunskapsläget

För att finna relevant tidigare forskning använde jag mig av databaserna LUBsearch och Libris. Där sökte jag på ”missbruksvård/missbrukarvård” och ”missbruksbehandling” för att se vilken typ av forskningspublikationer som kommer upp i allmänhet inom missbruksvård. Sedan använde jag mig av ”advanced search” där jag dels använde de tre ovannämnda begreppen i olika omgångar tillsammans med ord utifrån mitt syfte och mina frågeställningar. Dessa ord utifrån mina frågeställningar var ”Riktlinjer”, ”Evidensbaserad praktik”, ”Standardiserade bedömningsinstrument”, ”Planering av insats”, ”Brukarmedverkan/Brukarinflytande”. Likaväl har jag även sökt på engelska på samma databaser som ovan nämnda men istället använt sökord som ”misuse”, ”Asi”, ”addiction”, ”treatment” och även satt ihop de två sistnämnda och sökt ”addiction treatment”.

2.1 Aspekter som kan påverka socialtjänstens val av insatser

Blomqvist och Wallander (2004) lät cirka 200 socialsekreterare i Stockholmsregionen, som tjänstgjorde vid 36 av socialtjänstens missbruksenheter, ta ställning till vilka insatser som de utifrån fem vinjettberättelser ansåg vara mest adekvata för klienter med varierande

missbrukstygnd. Resultatet visade betydande skillnader i socialarbetarnas val av huvudsaklig insats för missbrukarna och hur dessa val motiverades. Variationer noterades både mellan enheter och enskilda socialarbetare. Resultat utifrån diskussionerna kring de fem fiktiva klienterna visade dels att dessa erbjöds olika insatser som kunde tydas ha en koppling till svårighetsgraden av problemen. Trots detta samband fanns där en stor oenighet vad gäller uppfattningen om vilken insats som borde erbjudas samt hur valet av respektive insats motiverades. Utifrån en statistisk analys är forskarnas slutsats att det inte finns någon professionell enighet inom socialtjänstens missbruksvård. När frågan ställs om behandlingshem är aktuellt som insats visar resultatet att sex enheter svarar att minst en fjärdedel av valen utifrån vinjetterna tänker på behandlingshem som insats, samtidigt som två enheter inte rekommenderar behandlingshem i något avseende (Blomqvist & Wallander, 2004, s.98). Resultatet avseende vad de fiktiva klienterna i de fem vinjetterna bör erbjudas för vård visar inte bara på meningsskiljaktigheter mellan enheterna utan också inom enheterna (ibid., s.100).

I en ny studie i samma projekt undersökte sedan Wallander och Blomqvist (2005) *hur* socialsekreterare kom fram till sina bedömningar. Författarna berör vilka klientegenskaper som styr val av insats men även betydelsen av egenskaper hos handläggarna som gör dessa bedömningar. Vidare berörs de organisatoriska förutsättningar som kan ha betydelse för valet av insats. Resultatet visade att klientegenskaper har stor betydelse vid bedömning av vilken insats en klient ska beviljas. De klientegenskaper som i störst utsträckning visade sig ha en avgörande roll var missbruksmedel, psykisk hälsa, arbetsstatus, ålder och problemuppfattning det vill säga om klienten själv uppfattade sitt missbruk som ett problem (ibid., s. 55). Även kön hade en roll i bedömningsprocessen: men denna aspekt hade inte en avgörande roll vid socialsekreterares val av insats. Kön påverkade val av insats på så vis att socialsekreterare prioriterade kvinnor framför män när gällde att erbjuda konkreta hjälpinsatser. Kvinnor erbjöds organiserad hjälp i större utsträckning jämför med män. Kön påverkade också genom att en kvinnlig partner som inte var i ett beroende i större hänseende ansågs vara en ”skyddsfaktor” jämfört med om en man utan missbruksproblem hade en partner som uppvisade en sådan problematik (ibid., s. 122).

Även Samuelsson (2005, s. 80) framhåller i sin avhandling att socialtjänsten ser mindre allvarligt på en man i ett aktivt missbruk som har minderåriga barn jämfört med en kvinna

som uppvisar samma problematik. Studien baseras på två enkäter och fokusgruppsintervjuer då Samuelsson (2005) valt att använda sig av en flermetodsforskning. Enkäterna hade cirka 450 respektive cirka 650 respondenter och i fokusgruppsintervjuerna deltog 30 respondenter. Hon påpekar också att användning av narkotika av socialsekreterare ansågs vara mer allvarligt och det ansågs i sådana fall finnas ett större behov av behandling jämfört med alkoholmissbruk. Respondenterna gjorde dock ingen skillnad mellan kokain och cannabis, vilken tyder på att det inte görs någon skillnad på narkotika preparat. Samuelsson framhåller vidare att om socialsekreterare fokuserar på vilka droger som brukas istället för omständigheterna kring missbruket, så kan det leda fel när man försöker komma fram till en lämplig insats för klienten (ibid., s. 79). I fokusgruppsintervjuerna diskuterades dels vikten av att socialtjänsten ska behandla alla likadant för att säkerställa att alla klienter har samma rättigheter, dels betydelsen av att ta till hänsyn varje klients individuella situation utifrån kön, socioekonomisk status, ålder osv. Det sistnämnda ansåg respondenterna innebar en risk för att reproducera fördomar (ibid., s. 81).

I en kvalitativt inriktad undersökning som Ekendahl (2004) genomförde bland socialsekreterare i Stockholm visade det sig att deras prioritering till stor del avgjordes av vilka ”egenskaper” som de tillskrev missbruksklienterna. Klienter som etiketterades som ”alkoholkroniker” ansågs sakna både vilja och förmåga till förändring, medan heroinister allmänt sett bedömdes ha en vilja att förändra sin livsstil men samtidigt sakna förmåga att göra det. Avgörande för socialsekreterarnas val av insatser, var enligt Ekendahl, hur man bedömer klientens vilja och förmåga att välja mellan drogfrihet, kontrollerat drogintag och drogmissbruk.

Åke Bergmark (1997) har i studier från mitten av 1990-talet om prioriteringar inom socialtjänstområdet visat att både politiker och tjänstepersoner allmänt sett väljer att lågprioritera insatser för personer med missbruksproblem (och personer i behov av ekonomiskt bistånd); för just dessa klientkategorier fäste politiker och tjänstepersoner stor vikt vid om klienterna bedömdes vara ”behandlingsbara” (Bergmark 1995, 1997). En slutsats som kan dras av Bergmarks forskning är att insatsernas kvalitet, intensitet och omfattning kan riskera att bli beroende av vilken prognos som socialtjänsten gör av klientens totala livssituation. Socialarbetarna i Bergmarks studie prioriterade framför allt barn och unga till skillnad från klienter med missbruksproblem. Wörlén (2010) har i en artikel drygt 25 år

senare visat att Bergmarks resultat fortfarande står sig. Hennes studie, som baseras på en omfattande enkätstudie till både socialsekreterare och politiska beslutsfattare i sex svenska kommuner, visar att missbruksklienter är en grupp inom socialtjänsten som tenderar att inte prioriteras.

2.2 Användning av strukturerade bedömningsinstrument (ASI)

Skogens (2012) studie baseras på åtta semistrukturerade intervjuer i sju kommuner i Stockholms län. I intervjuerna fick respondenterna beskriva vilka för- och nackdelar de ser med ASI. Skogens framhåller att flera av respondenterna tycker att ASI bidrar till en strukturerad kommunikation, vilket underlättar kommunikation och skapar trygghet och öppenhet med klienterna. Vidare finns det bland socialsekreterare i studien en uppfattning om att ASI sparar tid genom att det möjliggör mycket information på kort tid, detta öppnar i sin tur upp för att snabbare ta beslut. Andra socialsekreterare framhåller att en nackdel är att det kan gå snabbt och att man på vägen kan missa att stämma av med klienten och på så sätt kan klienten ”tappas bort” i processen. En annan nackdel av det är att det kan anses oetiskt att fråga klienter om områden som inte är direkt relaterat till klientens utredning. Förfarandet ansågs av socialsekreterarna vara rättssäkert. Insamlingen och bearbetningen av ASI-data påverkar utredningarna positivt då de varierar i mindre utsträckning och blir mer tolkningsbara och jämförbara för såväl klienten som andra socialsekreterare. Det riktas dock en viss kritik mot hur ASI-intervjun är utformad då instrumentet kan skapa en känsla av att det är fyrkantigt och klumpigt (ibid., s. 40).

Skogens (2012) refererar till studier som visar att trots att socialsekreterare ställer sig positiv till bedömningsinstrumentet så är det ofta enbart mindre än hälften av klientgruppen som intervjuas med hjälp av ASI. Anledningarna till detta är, enligt socialsekreterarna, att det finns en arbetsbelastning, att det finns en brist på personal samt att bedömningsinstrumentet inte anses lämpa sig för alla klienter (ibid., s. 35) I en annan studie som Skogens (2012) lyfter fram finns en viss oro bland socialsekreterarna då kartläggningen inom vissa områden i ASI ligger utanför socialsekreterarnas arbetsuppgifter. Att i det läget ställa frågor om dessa livsområden kan skapa förväntningar hos klienterna, vilket kan vara problematiskt för socialsekreterarna som saknar möjligheter att bidra till en lösning inom dessa områden (ibid., s. 37).

Abrahamsson och Tryggvesson (2009) har genomfört intervjuer med tio personer inom socialtjänstens missbruksvård i två kommuner i Sverige om användningen av bedömningsinstrument. Deltagandena i undersökningen uttryckte osäkerhet om i vilken utsträckning ASI-intervjuerna används. Den generella inställningen är att ASI-instrumentet genomförs och att det i slutändan ger väsentlig information om klientens situation inom olika livsområden. Utifrån informationen ser man en möjlighet att använda denna för att matcha klienter med en viss typ av behandlingsinsats. Majoriteten av socialsekreterarna som använt bedömningsinstrumentet anser att ASI-intervjun ökar deras professionalitet och ger ett stöd för att skapa en trygghet avseende strukturen i deras arbete. En aspekt som många lyfter fram är att det är rättssäkert, de vårdmöjligheter som ges och bemötandet ska vara oberoende av vem som utför intervjun (ibid., s. 29). En allmän uppfattning var att det finns klienter som inte anses vara lämpliga att utföra en ASI-intervju på, t.ex. klienter som har allvarliga psykiska problem, svårigheter med språket samt om de har någon form av förståndshandikapp (ibid., s. 34). De nackdelar som lyfts fram av socialsekreterarna är att det finns risk för att ASI-intervjuerna utförs rutinmässigt och att klienter därför kan riskera få genomgå onödiga ASI-intervjuer (ibid., s. 30). En annan nackdel var svårigheten att bibehålla en bra kvalitet på intervjuerna på grund av hög personalomsättning och att det kan finnas få tillfällen att utföra intervjuer (ibid., s. 37).

2.3 Klienters delaktighet

Sara Hultqvist och Tapio Salonen (2011) har i utvecklat en modell om graden av brukardelaktighet och dess uttrycksformer. Begreppet brukardelaktighet används som ett samlingsnamn för begreppen brukarinflytande och brukarmedverkan. Forskarna har utformat en fyrfältstabell som visar att brukarinflytande innehåller större grad av delaktighet än vad brukarmedverkan gör (ibid., s. 55). Denna skillnad mellan brukarinflytande och brukarmedverkan belyser även Eriksson (2015) i sin avhandling. Begreppen brukarinflytande och brukarmedverkan pekar på olika innebörder, där begreppet brukarinflytande innebär större möjlighet för brukaren att kunna påverka. Han förklarar att definitionen av begreppet brukarinflytande är vagt och brett, men att det är det dominerande begreppet som används vid politiska diskussioner och inom olika organisationer (ibid., s. 24).

Det finns en grundläggande uppfattning om att brukarinflytande är ett sätt för att höja kvaliteten på verksamheten (Eriksson 2015, s. 99), därför används också brukarenkäter som

ett uppföljningsinstrument. Om verksamheten utgår från klienternas erfarenheter och åsikter finns det större chans för klienten att acceptera insatsen (ibid., s. 100). Eriksson (2015) menar att brukarinflytandet har fyra kännetecknande karaktärsdrag: tillknytning, inramning, kontroll och motstånd, vilka ses som byggstenar i relationen av det offentligt drivna brukarinflytandet. *Tillknytning* förklaras som den närhet som skapas mellan välfärdsorganisationerna och brukarna (ibid., s.115). *Inramningar* syftar på förväntningar som professionella kan ha på brukarna och vad brukarinflytandet ska handla om, t.ex. hur och när brukarna förväntas prata och vad brukarinflytandet ska handla om (ibid., s.148). Med *kontroll* menar Eriksson att välfärdsorganisationerna som bedriver brukarinflytandet även bevarar kontrollen över det. Exempel på det kan vara de inramningar som omtalas ovan (ibid., s.183). Slutligen syftar *motståndet* på motstånd som kommer från brukarna själva. Detta motstånd är ett sätt för brukarna att utöva sin makt. Eriksson talar här om ett ”sanktionerat motstånd”, vilket är förväntat och tillåtet eftersom syftet med brukarinflytande handlar om att brukare ska framföra sina synpunkter (ibid., s. 223).

Det råder oenighet vad gäller brukarmedverkan inom olika människobehandlande organisationer. Å ena sidan vill professionella framhäva brukarens expertis beträffande deras egna behov samt deras uppfattningar om möjliga lösningsalternativ på deras egna problem. Å andra sidan har professionella större förtroende för och tillit på ”expertkunskap” där man utvecklar evidensbaserade rekommendationer om lämpliga insatser utifrån en viss problematik (Eriksson 2015, s. 261). Bland anställda inom socialtjänsten i en utvald kommun uttrycks det en oro och ofta en hopplöshet kring avståndet mellan resurser och brukarens behov. Såväl brukare som anställda anser att de upplever det som att ekonomin sätter begränsningar för socialsekreterares möjlighet att tillmötesgå brukarens behov (ibid., s. 265).

2.4 Evidensbaserad praktik

De senaste åren har det ställts tydligare krav på verksamheter gällande att effekterna av den verksamhet de bedriver har en vetenskaplig grund. Den benämning som kommit att användas för innebörden av denna vetenskapliga grund är evidensbaserad praktik (EBP) (Bergmark & Lundström 2016, s. 99). Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten vilar enligt Socialstyrelsen (2013) på en sammanvägning av fyra olika ”pelare” (som myndigheten benämner ”evidensbaserad beslutsprocess”) och som är tänkt att avgöra valet av insatser:

vetenskaplig evidens, handläggarens erfarenheter och expertis, klientens situation och kontextuella omständigheter samt brukarens erfarenheter och önskemål (ibid., s. 7).

Björk (2016, s. 69-70) nämner att en ”populär lösning” att anta evidensbaserad praktik är att använda sig av riktlinjer. Det tycks finnas behov av att skapa riktlinjer som åtminstone kan ge en allmän riktning vad gäller behandlingsstrategier som är effektiva. Att använda riktlinjer bör dock inte innebära att socialsekreterarna bara ska förlita sig på dessa som källa när det kommer till beslut om behandling. Björk konstaterar att evidensbaserad praktik är ett byråkratiskt projekt snarare än ett professionellt projekt. Han menar att cheferna är de som beslutat att implementera dessa standardiserade rutiner som socialarbetarna sedan förväntas använda. Det handlar inte om att evidensbaserad praktik är ett sätt att självständigt bedöma utifrån bevisad forskning men snarare ett sätt att kontrollera användandet av standardiserade metoder. Även om cheferna tagit beslut att kritiskt utvärdera så ska inte socialarbetarna på egen hand söka efter forskning, de ska istället använda sig av riktlinjer som underlag för sina beslut. Istället för att stärka de professionella bedömningarna används evidensbaserad praktik som ett sätt att kontrollera socialarbetarnas dagliga arbete (Björk 2016, s. 61).

3. Teoretiska utgångspunkter

Jag har utgått från tre teoretiska utgångspunkter: tyst kunskap, professionsteorin och Lipskys teori om gräsrotsbyråkrater (street-level bureaucrats) och deras handlingsutrymme. Skälet till detta är att jag redan efter första utförda intervjun insåg att det som ligger till grund för planering av insats och de faktorer som kan tänkas påverka har grund i socialsekreterarens egna erfarenhetsbaserade kunskap. Av intervjuerna var det även tydligt att socialsekreterarens själva ansåg att de som profession har kunskapen att fatta ”rätt” professionella beslut.

3.1 ”Tyst kunskap”

Polanyi (2013/1966) teoretiska begrepp ”tyst kunskap” (*tacit knowledge*) har fått ett stort genomslag i forskarvärlden för att beskriva och analysera en form av implicit kunskap som kan finnas inom praktiken, utan att den är vetenskapligt belagd eller ens dokumenterad.

Polanyi beskriver i sin bok att han kom till insikt om en ny mänsklig kunskap som handlar om att ”vi kan veta mer än vi kan säga” (ibid., s. 27). Ett exempel på detta som Polanyi uppger är att vi kan bli bekanta med och känna igen en persons ansikte bland tusen andra, trots detta kan

vi inte förklara hur vi känner igen ansiktet. Vi kan alltså inte verbalt formulera hur vi har denna kunskap (ibid., s. 27). Polanyi menar alltså att under sökandet av kunskap utformar personen erfarenheter. Detta är oundviklig en tyst kraft genom vilken all kunskap upptäcks. Begreppet kunskap är för Polanyi både praktiskt och teoretiskt vetande (ibid. s. 29-30). Det förre kan sägas utgöra implicit kunskap medan det senare är explicit kunskap. Johannesson och Rolf (1989) har schematiskt och mer utförligt beskrivit denna uppdelning med hjälp av olika nyckelord (se tabell 1).

Tabell 1. Uppdelning explicit och implicit kunskap.

Teori, formella modeller	Empiri
Abstrakt	Konkret
Refererad	Självupplevd
Vetenskaplig	Utomvetenskaplig
Intersubjektiv	Personbunden
Ord	Handling
Opersonlig, oansvarig	Personlig, moraliskt mogen
Utbildningsteknokrati	Mästare/lärlingsförhållande
Verbaliserbar	Omöjlig att verbalisera

Källa: Johannesson och Rolf (1989), s. 39-40.

Johannesson och Rolf (1998, s. 40) beskriver explicit och implicit kunskap som varandras motpoler, där den högra kolumnen har koppling till tyst kunskap. Trots att de är varandras motpoler behövs båda sidor, däremot i olika grad inom olika områden.

Grundstrukturen i tyst kunskap består av två slags ting. Polanyi (2013/1966) benämner det för de två leden i tyst kunskap (ibid. s. 32). Dessa två led beskriver Polanyi utifrån anatomiska termer och talar om det första ledet som proximalt och det andra ledet distalt (ibid., s. 33). Vi är uppmärksamma på det första ledet genom att förlita oss på medvetenheten om det för att uppmärksamma det andra ledet, vilket enligt Polanyi visar den *funktionella relationen* mellan de två leden. Det är inom det proximala ledet som man har kunskap som man inte kan artikulera.

Vi vänder alltså uppmärksamheter *från* det ena ledet och riktar det *mot* det andra. Polanyi tar här upp exemplet om svårigheten att beskriva ett ansikte man känner igen; uppmärksamheten vänds *från* dragen i ansiktet *mot* ansiktets helhet. Detta benämner Polanyi den *funktionella strukturen* (ibid., s. 33). Polanyi framhåller dock att trots att man i detta fall vänder

uppmärksamheten *från* dragen *mot* helheten, så är man ändå medveten om dragen. Det är detta medvetande som Polanyi benämner den *fenomenella strukturen* (ibid. s. 34).

En tredje aspekt är den semantiska aspekten. Denna aspekt förklarar han med att när vi använder ett verktyg, så blir vi uppmärksamma på dess meningen med det genom effekten det ger på det ting som det används på (ibid., s. 36). Låt mig exemplifiera med att knappa på tangenterna på en dator; vi blir uppmärksamma på meningen med att trycka på tangenterna genom dess effekt, dvs. bokstäverna som dyker upp på skärmen.

Dessa tre aspekter, den *funktionella-*, *fenomenella-* och *semantiska strukturen* är alla tre aspekter av tyst kunskap. Dessa tre härleder ännu en aspekt – den *ontologiska* aspekten. Den senare aspekten säger oss vad tyst kunskap ger kännedom om. Då tyst kunskap förklaras som relationen mellan två led kan den ontologiska aspekten förklaras som den helhet som dessa två led skapar (ibid., s. 37).

3.2 Professionsteorin

Hellberg (1991, s. 10) framhåller att diskussionen kring professionsbegreppet och sökandet efter att förstå vad ”profession” innebär påbörjades redan på 1930-talet. Kunskap och vetenskap är exempel på ord som användes och som det lades olika betoning på när professionsforskare försökte definiera vad som kännetecknar en profession. Ett centralt kriterium är att en profession utgör en yrkesgrupp som har eller anser sig ha monopol på att besitta en särskild kunskap som är nödvändig för verksamheten (Hellberg 1991, ref. till Hellberg 1978). En sådan kunskap är i vissa fall en förutsättning för att en yrkesgrupp ska få utöva ett visst yrke vilket är aktuellt när det krävs en särskild legitimation för att utöva yrket. Kravet på legitimation är ett exempel på en stängningsstrategi (se nedan). Sammanfattningsvis är en profession utifrån Hellbergs definition:

... en yrkesgrupp som har en viss kunskap som av stat och klienter värderas som nyttig och värdefull. Kunskapen bygger på en vetenskap och utgör grunden för yrkesgruppens anspråk på positioner på arbetsmarknaden och i samhället. (Hellberg 1995, s. 91).

Hellberg (1991) refererar till Parkin (1979) som lyfter fram två stängningsstrategier: exklusion och inkräkning. För min studie framstår den exkluderande stängningsstrategin som

mest intressant. Som framhölls ovan innebär det att kunskap ”monopoliseras” vilket också innebär att yrkesgruppen monopoliserar sina positioner eller revir (Hellberg 1991, s. 16). Hellberg framhåller att det i processen för professionalisering enligt stängningsstrategin finns en oavbruten strid mellan det professionella och andra organiserade/oorganiserade intressen i samhället vad gäller att monopolisera kunskap och positioner. Den exkluderande strategin riktas *nedåt* i organisationen gentemot andra grupper av anställda men också visavi ”kunder” eller målgrupper – i socialtjänstens fall dess brukare och anhöriga. Professionellas position (t.ex. som socialsekreterare) markerar en viss status och kompetens gentemot omgivningen. Även om brukarens erfarenheter utgör en av tre pelare i en evidensbaserad modell *kan* professionella med särskild sakkunskap ändå ha föreställningen att man trots allt ”vet bäst”. I den professionella strategin ingår det att kunna övertyga de som efterfrågar professionellas kunskap, exempelvis myndigheter men också enskilda medborgare inklusive klienter m.fl. (ibid. s. 16).

3.2.1 Diskretion enligt Hellberg

När Hellberg (1991) skriver om att förstå professionaliseringsprocessen (se ovan) betonar hon diskretionen i professionellas yrkesutövning som en huvudsaklig drivkraft. Hon inleder med att förklara att begreppet *diskretion* använts i olika sammanhang där de fått olika betydelser. Det har en koppling till gräsrotsbyråkratens handlingsutrymme, vilket närmare berörs i avsnitt 3.3.

Om man översätter diskretion till nutida termer i arbetslivet syftar det på såväl en verksamhet som arbetsuppgift som inte kan göras på rutin, utan som kräver en nogsam bedömning av den professionelle i varje enskilt fall. Det finns alltså ingen automatik i beslutsfattandet på grund av att verksamheten och/eller arbetsuppgifterna anses innehålla olika moment som var för sig är unika. Hellberg (1991, s. 18) menar att diskretionskrav i t.ex. socialsekreterarens yrkesutövning innebär att hen har en frihet att fatta beslut och agera och där enbart det egna omdömet utgör en begränsning. Som kommer framgå längre fram i min undersökning finns avvikelser och teorin kan inte alltid appliceras på alla verksamheter. Det är de som underkastas yrkesutövarens diskretion (t.ex. klienter) som legitimerar verksamheten beslutsfattande.

Hellberg (1991) menar att diskretionsanspråket, som hon benämner det, är det centrala i professionaliseringsprocessen. Hon förklarar detta med att det inom professionella yrkesutövningar uppstår oförutsägbara moment och yrket i sig innehåller oregelbundna situationer. Därför kan inte professionsutövningen rutiniseras för att undvika att t.ex. handläggaren fattar felaktiga beslut (ibid., s. 19).

3.3 Socialsekreterarens handlingsutrymme

Den organisation som socialarbetare arbetar för har ställt upp vissa ramar för deras yrkesutövning, även om dessa kan vara innehållsmässigt vaga (t.ex. lagstiftning, föreskrifter, rättspraxis). Socialarbetarna ska utifrån dessa normer och sin egen professionella kunskap handlägga komplexa individärenden och hantera situationer som kräver respons utifrån mänskliga dimensioner (Lipsky 1980/2010, s. 15). Detta kräver att socialarbetaren kan göra individuella bedömningar och därmed använda sitt handlingsutrymme eller discretion (diskretion) som Lipsky benämner det (jfr avsnitt 3.2.1 ovan).

3.3.1 Street-level bureaucrats

Socialarbetaren har direktkontakt och interagerar med klienten. Lipsky (1980/2010, s. 3) har myntat begreppet *street-level bureaucrats* för de offentligt anställda tjänstepersoner som har en direktkontakt med medborgarna (klienterna för socialsekreterare) och som har ett ansenligt handlingsutrymme. På svenska finns olika översättningar av detta begrepp: gräsrotsbyråkrat eller gatubyråkrat. Oavsett vilken översättning som väljs anger det den position som en socialarbetare, eller andra yrkesutövare, har i mötet med klienter. Socialarbetare står inför ett dilemma där de å ena sidan ska möta sina klienter som en människa (subjekt) utifrån dennes behov, och å andra sidan har ett begränsat handlingsutrymme som de måste förhålla sig till (Svensson, Johnsson & Laanemets 2008, s. 16). Jag kommer i den fortsatta framställningen att använda det svenska begreppet ”gräsrotsbyråkrat”.

Andra yrkesgrupper som enligt Lipsky kan ses som gräsrotsbyråkrater är t.ex. poliser, lärare, läkare och domare. En gräsrotsbyråkrat hamnar ofta i konfliktartade situationer med medborgare på grund av sina olika ställningstaganden och den inverkan som dessa har på t.ex. klienternas liv. De måste också hantera klienternas reaktioner på t.ex. avslagsbeslut (ibid., s. 8). En anledning till det konfliktfyllda mötet mellan socialsekreterare och klient är socialtjänstens monopolsituation. Kontakten är inte frivillig. Klienten *måste* ha kontakt med

socialtjänsten för att kunna få tillgång till bistånd i olika former (Lipsky 1980/2010, s. 54). Kontakten är därför i många fall inte utbytbar vilket förstärker den asymmetriska maktrelationen mellan klient och socialsekreterare.

3.3.2 Diskretion enligt Lipsky

Socialsekreterare har allmänt sett ett betydande handlingsutrymme i olika frågor som gäller förmåner (gynnande beslut) respektive avslag och sanktioner, men omfattningen kan variera mellan olika verksamheter inom socialtjänsten, men också mellan skilda kommuner och distrikt. Detta innebär givetvis inte att socialsekreteraren står helt fri från gällande lagar, föreskrifter eller av normer som ofta utvecklas inom arbetsgruppen.

Det är viktigt att påpeka att handlingsutrymmet inte enbart handlar om att fatta beslut i frågor om t.ex. bistånd till vård och behandling. Handlingsutrymmet tar enligt Runquist (2012, s. 114; med ref. till Davis 1969) även sikte på situationer när gräsrotsbyråkraten – i det här fallet socialarbetaren – gör aktiva val av rutiner, metoder, utredningsförfarande etc. Även om socialsekreterare inom missbruksvården kan ha begränsade befogenheter att fatta beslut om bistånd, så har de ändå ett betydande handlingsutrymme under hela den tid som ärendet och utredningen pågår. Gräsrotsbyråkraters arbetsuppgifter är ofta allt för komplicerade och komplexa för att det ska räcka med att göra förenklade rutinmässiga ställningstaganden (Lipsky 1980/2010, s. 15).

Även om maktrelationen mellan socialsekreterare och klienter är asymmetrisk är gräsrotsbyråkrater till en viss del också beroende av klienterna. Det finns enligt Lipsky (1980/2010, s. 57) ett ömsesidigt beroende. Socialsekreteraren måste ha ett samtycke från klienterna för att kunna genomföra SoL-baserade beslut. Om klienten visar fientlig eller avvisande hållning skulle det i praktiken vara svårt för socialarbetaren att utföra sitt arbete och arbetsalliansen skulle bli lidande (Runquist 2012, s. 118).

Samtycket kan sägas bygga på gräsrotsbyråkratens överordnade ställning, dvs. att de innehar befogenhet att avslå framställningar om bistånd av olika slag. Samtycket formas även ibland utifrån att klienterna spelar på förväntningar av deras beteenden. Ett exempel på detta som Lipsky (1980/2010, s. 57-58) tar upp är att besökare i biblioteket sänker rösten, parterna i rättssalen pratar respektfullt med domaren och eleverna lyder sina lärare. Detta har inte att

göra med att det finns en hotfull relation mellan gräsrotsbyråkrat och klient, utan är snarare en handling utifrån en vag uppfattning om vilket beteende som anses lämpligt och en vag kunskap om huruvida ett beteende utanför ramen för det tillåtna skulle tillrättavisas. Det hindrar inte att gräsrotsbyråkrater i vissa fall tillrättavisa klienter då de agerat utanför ramarna för det acceptabla.

4. Metod och metodologiska överväganden

4.1 Val av metod

Jag har valt att använda mig av en kvalitativ metod för denna studie. Syftet med studien är att undersöka socialsekreterares resonemang kring processen som leder till deras val av insatser. För att ta del av denna kunskap har jag genomfört intervjuer med socialsekreterare vid ett socialkontor. Ahrne och Svensson (2015, s. 9) menar att kvalitativa metoder har kommit att förklaras och beskrivas utifrån vad en kvantitativ metod *inte* är, dvs. att de är varandras motsatser. En kvantitativ studie inriktar sig på beräkning, ”en mängd av ett fenomen” (ibid., s. 10). En kvalitativ studie däremot använder i stället icke-mätbar data för att undersöka t.ex. känslor, tankar, upplevelser och beslutsfattande (ibid., s. 10). ”Kvalitativa data”, sammanfattar Ahrne och Svensson, ”mäts inte, utan det räcker att konstatera *att* de finns, hur de fungerar och i vilka situationer de förekommer” (ibid., s. 10). Brymans (2011, s. 40) deskriptiva definition av kvalitativ metod är mer komprimerad och tar sikte på *hur* en person tolkar och uppfattar verkligheten.

För egen del vill jag i min undersökning i stora drag studera hur socialsekreterare i praktiken *resonerar* och *motiverar* sina ställningstaganden när de planerar för insatser inom socialtjänstens missbruksvård, vilket gör att valet av kvalitativ metod är den som är relevant i detta sammanhang. I kvalitativt inriktad forskning är intervjuer den mest använda metoden. Vid kvalitativa intervjuer är intresset att ta del av respondentens erfarenheter, uppfattningar, känslor och tankar, dvs. samma nyckelord som Ahrne och Svensson använder ovan för att beskriva begreppet kvalitativ metod. Kvalitativa intervjuer har en benägenhet att vara flexibla och anpassade utifrån vad respondenterna uttrycker i intervjun (Bryman 2011, s. 413).

En kvalitativ intervju gör det möjligt att variera ordningen på frågorna efter vad som blir mest naturligt och kan därför beskrivas som samtalsliknande. Kvale och Brinkmann (2014) menar

att denna typ av intervjuer gör det möjligt att åstadkomma en ”tät interaktion” mellan de båda kontrahenterna vilket innebär att intervjun också kan ses som ett resultat av ett ömsesidigt samspel mellan intervjuare och respondent. Den här studien är explorativ och kommer att baseras på det som deltagarna i studien anser är viktigt. Bryman (2011) framhåller att en kvalitativ metod påvisar ett induktivt förhållningssätt och att teorin därmed utvecklas ur analysen av det empiriska materialet. Den här studien följer ett induktivt arbetssätt, dvs. den utgår från en teorigenererande forskningsprocess.

Bryman (2011, s. 415) nämner två huvudsakliga typer av kvalitativa intervjuer: ostrukturerade och semistrukturerade intervjuer. Jag har genomfört semistrukturerade intervjuer, vilket innebär att forskaren typiskt sett har specifika frågeteman och huvudfrågor som ska beröras, ofta formulerade i en intervjuguide. Inom denna ram har intervjupersonen stora möjligheter att fritt utforma sina svar och intervjuaren kan ställa lämpliga följdfrågor, vilket sammantaget gör att intervjun, som framhölls ovan, blir *samtalsliknande* – fjärran från endimensionella fråga–svar–fråga-intervjuer. Även om jag vid intervjuerna hade tillgång till en intervjuguide har jag även ställt frågor som inte på förhand fanns i intervjuguiden. Detta innebär alltså att jag tillät intervjun att gå i en icke på förhand planerad riktning, även om jag i varje intervju utgick från de frågeteman som jag utformat på förhand.

En intervjuguide kan utformas på olika sätt. Den *kan* utgöras av en mer strukturerad lista över de intervjufrågor och ämnen som ska beröras i intervjun. En sådan lista med förhandsformulerade intervjufrågor är en fördel om forskaren har en begränsad erfarenhet av att genomföra kvalitativa forskningsintervjuer. Det är samtidigt viktigt att kunna vara flexibel i den givna situationen och ställa följdfrågor för att få intervjupersonen att förtydliga sig eller ge exempel på situationer eller händelser. Vid utformningen av intervjuguiden är det väsentligt att som forskare ha klart för sig vad man behöver veta för att kunna besvara studiens frågeställningar (Bryman 2011, s. 419).

För att få en förhandsuppfattning om intervjufrågorna ”fungerar”, eller i vissa fall behöver förändras, är det en fördel av genomföra en s.k. pilotundersökning där syftet kan vara begränsat och enbart gå ut på att testa intervjuguiden (ibid., s. 96, 241). Jag genomförde en sådan testintervju, vilket var värdefullt inför fortsättningen. Pilotundersökningen genomfördes med en socialsekreterare som inte arbetar inom missbruksenheten men som arbetar i mottaget för

vuxenheten. Det innebär att personen handlägger ärenden i klienters initiala kontakt med socialtjänsten, inklusive ansökningar om behandling. Personen som deltog i pilotundersökningen har således någon form av erfarenhet i arbetet med missbruk. De justeringar som ägde rum efter testintervjun gällde förslag från testpersonen att specificera vissa frågor eftersom frågorna överlappade varandra, utöver det tycktes frågorna vara relevanta utifrån de övergripande frågeställningarna.

Antal ord som studien ska förhålla sig till har överskridits. Orsaken till det är att studien har försökt samla in olika data om hur en socialsekreterare arbetar med planering av missbruksvård. För att kunna skriva mer ingående om detta har kapitlen om kunskapsläge och teori blivit något längre än vad som ursprungligen var tanken. Det här har i sin tur inneburit att resultat och analyskapitlet även det har blivit mer omfattande.

4.2 Urvalsprocess

Studiens syfte och forskningsfrågor avgör vem och vilken målgrupp som är relevant att intervjua (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015, s. 39). Som framgår av syftesformuleringen i kapitel 1 är det socialsekreterares resonemang och motiveringar vid planering av insatser för missbruksbehandling som ska studeras, vilket avgränsade målgruppen till socialsekreterare som arbetar med myndighetsutövning inom socialtjänsten missbruksenhet. Jag har använt ett målinriktat eller målstyrt urval, som dels är icke-slumpmässigt, dels strategiskt utifrån studiens syfte (Bryman 2011, s. 392). Just användningen av en icke-slumpmässig urvalsmetod är en aspekt som skiljer denna studie från en kvantitativ undersökning som i stället hade baserats på ett representativt och slumpmässigt urval.

Antalet forskningspersoner som bör intervjuas för att det ska vara möjligt att besvara forskningsfrågorna kan inte anges på ett absolut och entydigt sätt. Teoretisk mättnad är ett begrepp som har sitt ursprung i grounded theory (Rennstam & Wästerfors 2015, s. 32) och som innebär att forskaren har kommit till det stadiet där det kan *antas* att fortsatta intervjuer inte tillför något nytt (Bryman 2011, s. 395). Det finns heller inget facit på hur och om man uppnått teoretisk mättnad (ibid., s. 436), men det är svårt eller omöjligt att ha den typen av kunskapsanspråk i en C-uppsats som genomförs under en ytterst begränsad tidsrymd. Det är därför inte rimligt att påstå att man under de premisserna har uppnått ”teoretisk mättnad”.

För att på fältet få åtkomst till lämpliga intervjupersoner mejlade jag ut mitt informationsbrev (bilaga 1) till såväl chefer inom socialtjänsten missbruksvård – där jag förklarade att de gärna fick vidarebefordra infobrevet till anställda i arbetsgruppen – som direkt till socialsekreterare i olika kommuners socialtjänst. Jag vände mig till två kommuner där den ena har ett flertal socialkontor. Inledningsvis vände jag mig till det socialkontor där jag gjort min VFU-placering. Av dessa var det inledningsvis enbart två personer som hörde av sig och förklarade att de kunde ställa upp och låta sig intervjuas. Båda dessa arbetade i samma arbetsgrupp. Jag fortsatte att mejla till ännu ett socialkontor i samma kommun och till ett annat socialkontor i en annan kommun, men fick ingen respons. När jag träffade några socialsekreterare i ett av socialkontoren för att intervju dem berättade jag att jag fortfarande sökte efter fler respondenter; på så sätt lyckades jag knyta upp ytterligare tre intervjupersoner i samma arbetsgrupp. Detta tillvägagångssätt brukar benämnas snöbolls- eller kedjeurval (Bryman 2011, s. 434) och innebär att man som forskare rekryterar ytterligare potentiella intervjupersoner med hjälp av de som redan har intervjuats. Jag intervjuade samtliga fem socialsekreterare i samma arbetsgrupp och därför är detta en totalstudie av socialsekreterare som tillhör samma arbetsgrupp.

Att denna studie baserats på intervjuer med samtliga personer i en arbetsgrupp kan ha påverkat det insamlade materialet. Eftersom att respondenterna arbetar tillsammans kan det tänkas att de med anledning av det är sannolikt att de resonerar likvärdigt i många hänseenden kring processen för planering av insats. Anledningen till att respondenterna kan ha ett likvärdigt resonemang kan vara att de delar med sig av olika erfarenheter med varandra, det vill säga att de lär sig av varandra och på så sätt påverkar varandra i tankar och tillvägagångssätt. Skulle intervjuerna istället fördelats på så sätt att respondenterna arbetat vid skilda socialkontor skulle utfallet av det insamlade materialet kunnat visa andra resultat. Så ponera att respondenterna arbetat på olika arbetsplatser, resonemangen som då hade förts hade kunnat visa på större variation och skillnader. Bryman (2011, s. 432) framhåller att en teknik som går att använda är teoretisk samplingsmetod. Denna teknik hade inneburit att jag valt ut intervjupersoner tills de kategorier jag utformat är teoretiskt mättade. Likt de resonemang jag tidigare fört kring teoretisk mättnad är det i en C-uppsats inte möjligt att uppnå en sådan mättnad. Hade jag lyckats få intervjupersoner från olika arbetsgrupper och kommun hade det insamlade materialet kunnat få ett annat resultat. Personer som arbetar på olika arbetsplatser med samma arbetsuppgifter kan ha liknande övergripande syn på hur

arbetet skall utformas och genomföras. Dock så kan detaljerna i tillvägagångssätt och kultur på arbetsplatsen innebära särskiljande drag som i studien hade kunnat skapa variation och skillnader. Denna studies empiriska underlag hade således kunnat se annorlunda ut om intervjupersonerna tillhörde olika arbetsgrupper och kommuner.

4.3 Genomförande av intervjuerna

Intervjuerna med socialsekreterarna genomfördes på deras besöksrum och varade mellan 30 och 60 minuter. Vid varje intervjutillfälle informerades respondenterna ännu en gång om att deltagandet var frivilligt och att de kunde avbryta när helst de ville samt att de också kunde välja att avstå från att besvara en fråga om de så önskade. Ingetdera av detta inträffade eftersom samtliga deltog i hela intervjun och svarade på alla frågor som ställdes.

Bryman (2011, s. 413) framhåller att kvalitativa intervjuer är flexibla och följa det spår som intervjupersonen väljer, även om det skulle visa sig vara ett stickspår. Att ”tillåta” detta kan ge upphov till kunskap om vad intervjupersonen själv anser vara viktigt och relevant. Alla fem intervjuer som genomfördes skilde sig åt när det gällde i vilken ordning frågor och ämnen ställdes och togs upp. Jag ställde de frågor som kändes mest naturligt i sammanhanget fram till dess jag hade ”betat av” frågorna i intervjuguiden (bilaga 2). Om respondenten på eget bevåg berörde en annan fråga som jag tänkt ställa lät jag intervjupersonen förmedla sina tankar utan att avbryta.

Intervjuaren förutsätts vara observant på det som nämns och tas upp, och att hen följer upp det intervjupersonen uttrycker. Därför är det en bra idé att inte börja anteckna och göra minnesanteckningar (ibid., s. 428). Eftersom jag på egen hand skulle genomföra intervjuerna spelade jag in dem så att jag kunde fokusera på att vara fullt närvarande i diskussionen och kunna ställa de frågor jag ville samt fånga upp det intervjupersonen beskriver utan att bli distraherad av att föra anteckningar.

Intervjuerna genomfördes på arbetsplatsens besöksrum. Det uppstod en del störningsmoment då rummen fanns i den korridor där såväl anställda som deras klienter passerade förbi, vilket gjorde att det ibland uppstod buller i bakgrunden. Rummen hade glasörrar vilket även gjorde att blicken ibland svajade ut mot korridoren när där fanns rörelse. Ett annat störningsmoment

var att en av intervjupersonerna hade en tid att förhålla sig till, vilket gjorde att intervjun blev hastigt genomförd och den blev därför inte så fyllig som jag hade tänkt mig.

4.4 Bearbetning och analys av insamlad empiri

När jag genomförde intervjuerna spelade jag in dem med hjälp av en röstinspelare på mobiltelefonen. Intervjupersonerna samtyckte alla till att jag spelade in intervjuerna, något som de informerats om både i själva informationsbrevet och muntlig precis innan intervjun skulle påbörjas. Vid transkribering av intervjuerna har jag skrivit ut dessa i sin helhet och ordagrant. Intervjuerna har redigerats varsamt för att inte ta med alla hummanden och andra s.k. verbala tics. Jag har avidentifierat såväl informanternas namn, kommunen som de arbetar i samt övriga platser som omnämns i intervjuerna. En fördel med att transkribera sitt material på egen hand är att man kan påbörja analysen redan då när man lyssnar och skriver ned intervjuerna (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015, s. 51).

Grounded theory (GT) är ett sätt för att analysera den insamlade empirin. Kodning är ett av redskapen och är även en av de viktigaste processerna inom GT (Rennstam & Wästerfors 2015, s. 34). Kodning innefattar att forskaren i olika steg går igenom det transkriberade materialet och markerar, ”etiketterar”, de delar som kan vara betydelsefullt. Kodning är också en förutsättning för att kunna sortera, reducera och kategorisera det empiriska materialet (ibid.). Kodning är ett viktigt inledande steg för att i slutändan kunna generera teorier, dvs. för att kunna arbeta induktivt (Bryman, 2011. s. 513). De första stegen i kodningsprocessen, baserad på grounded theory, är genomföra en initial (öppen) rad-för-rad-kodning och därefter en fokuserad (selektiv) kodning, där olika teman utvecklas utifrån den initiala kodningen (Rennstam & Wästerfors 2015 s. 35).

Det ovan sagda innebär inte att jag minutiöst har följt varje steg i GT; det skulle vara alltför tidskrävande i arbetet med denna studie. Däremot har jag som framgår ovan använt valda delar i arbetet med kodningen, dvs. jag har haft ett pragmatiskt förhållningssätt till GT. Redan efter kodningen av de två första intervjuerna kunde jag urskilja vilka teman som var framträdande och på så sätt valt lämpliga teoretiska utgångspunkter. Arbetet med kodningen genererade alltså vissa teoretiska antaganden.

Att koda sitt material är det som utgör startpunkten vid kvalitativ dataanalys (Bryman 2011, s. 523). Inledningsvis tillämpade jag den initiala, öppna kodningen och började då med att läsa igenom intervjuerna och skriva stödord och göra anteckningar i marginalen och markerade vad jag kunde läsa ut att en viss mening syftade till för tema, vad intervjupersonerna försökte få fram osv. Därefter utgick jag först från mina frågeställningar och bröt ner dessa i kategorier. Utifrån den första frågeställningen var en kategori faktorer som kan/inte kan påverka val av insats. Utifrån min andra frågeställning var den andra kategorin evidensbaserat kontra socialsekreterarens erfarenhet. Den tredje kategorin var ASI och den fjärde var klienters delaktighet. Efter denna kategoriindelning gick jag igenom utskriften och markerade vilka meningar som passade in i dessa fyra kategorier.

I nästa skede gick jag igenom intervjuerna ännu en gång för att se om det fanns meningar och textstycken som jag fann intressanta men som inte hade kunnat kategoriseras under någon av ovanstående fyra kategorier. Ett ämne som upptagit stor del i intervjuerna är socialsekreterarnas handlingsutrymme och dess begränsningar, något som jag inledningsvis inte trodde kulle ha en sådan betydelsefull påverkan som det kom att få.

4.5 Studiens tillförlitlighet

I kvantitativ forskning, där ”mätning” är centralt, används begreppspar validitet och reliabilitet för att kvalitetssäkra studierna. Kännetecknande för t.ex. en studie med hög reliabilitet är att resultat ska vara stabilt och inte uppvisa någon större variation om undersökningen replikeras (Bryman 2011, s. 160). Detta sätt att se på studiens replikerbarhet kan knappast omsättas i t.ex. en kvalitativ intervjustudie, eftersom resultatet i en sådan studie – som framgår i avsnitt 4.2 ovan – är starkt situations- och personbundet samt beroende av samspelet mellan forskare och respondenter. Detta var en anledning till att Lincoln och Guba i mitten av 1980-talet introducerade ett alternativt sätt för att bättre kunna kvalitetssäkra studier med kvalitativ ansats (ibid., s. 354). Guba och Lincoln använder i stället paraplybegreppet *tillförlitlighet* med delkriterierna *trovärdighet*, *överförbarhet*, *pålitlighet* och *en möjlighet att styrka och konfirmera* (ibid., s. 351, 354). I min studie har jag tillämpat dessa kriterier på följande sätt:

Att skapa *trovärdighet* kan kopplas till den sociala verklighet som forskaren återspeglar. Det är dennes beskrivning om resultatet som avgör trovärdigheten i andras ögon. Ett sätt att visa

denna sociala verklighet är genom att återge citat från intervjuerna. Dessa citat återspeglar intervjupersonernas sociala verklighet. Därigenom kan läsaren göra sina egna tolkningar och jämföra med mina slutsatser. Genom att återge citat kan intervjupersonerna komma till tals och inte bara bli refererade till (ibid., s. 354). Att spela in intervjuer för att sedan transkribera dem är viktigt för att kunna göra en mer detaljerad och optimal analys. Att bara göra minnesanteckningar skulle innebära att studiens tillförlitlighet hade varit låg, eftersom den baserats på mina egna fragmentariska minnesbilder. Det hade då också varit omöjligt att återge lämpliga citat ur intervjuerna (ibid., s. 420).

Överförbarhet handlar om att generera samma resultat i en annan miljö (ibid., s. 355). Det finns uppenbara begränsningar i det avseendet i en kvalitativ studie då undersökningen snarare handlar om djup än bredd. Statistisk generaliserbarhet är inte möjlig att uppnå i en sådan studie, eftersom det rör sig om ett icke-slumpmässigt urval. Kvale och Brinkmann (2014, s. 314) menar dock att det i vissa fall kan vara möjligt att göra en *analytisk* generalisering utifrån intervjuundersökningar. Denna tanke bygger på fylliga kontextuella beskrivningar av intervjupersonernas utsagor. Vissa resultat skulle därmed kunna ha bäring i annan kontext och annan miljö. Min egen studie är, som framgått ovan, en totalundersökning av en arbetsgrupp vid samma socialkontor och därför kan vissa slutsatser från denna studie vara relevanta även för andra socialkontors missbruksenheter. I vilket fall som helst kan man jämföra resultaten från denna studie med en totalstudie som är genomförd vid ett annat socialkontor.

Eftersom att jag i min studie ingående redovisar alla steg i forskningsprocessen finns det en *pålitlighet* och öppenhet (Bryman 2011, s. 355). Vidare nämner Bryman att ett ytterligare sätt att förstärka studiens pålitlighet är att ha en extern granskare såväl under som efter forskningsprocessen. Min handledare har fungerat som granskare och bollplank under arbetet med uppsatsen, medan examinatorn har rollen som extern granskare efter avslutad forskning.

För att kunna *styrka och konfirmera* studien krävs att forskaren inte medvetet låtit personliga åsikter färga och påverka genomförandet av undersökningen och de slutsatser som presenteras (ibid., s. 355). Forskaren ska agera i enlighet med god forskningssed, vilket kan "översättas" med ärlighet, öppenhet, ordningsamhet, hänsynsfullhet och oväld (Gustafsson, Hermerén & Petersson 2005, s. 9). Undersökningen har utförts utifrån kriterierna för en god forskningssed,

och under arbetsprocessen har dessa frågor löpande diskuterats med min handledare. Jag har genom forskningsprocessen varit medveten om min förförståelse och har inte avsiktligt låtit mina egna värderingar styra upplägget.

4.6 Forskningsetiska överväganden

Vetenskapsrådet (2002) ställer upp fyra forskningsetiska principer som måste vara uppfyllda för att studie ska svara mot vissa grundläggande forskningsetiska krav: informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekraven. Kortfattat berör jag i det följande hur jag har tillämpat dessa principer under forskningsprocessens gång:

Informationskravet har uppfyllts genom att jag i informationsbrevet (bilaga 1) till respondenterna beskrev uppsatsens syfte samt vad som intervjuerna skulle fokusera på. I brevet hänvisades också till VR:s forskningsetiska principer; även innehållet i dessa refererades kortfattat i brevet. Intervjupersonerna kommer erbjudas, via mejl, att ta del av den slutgiltiga uppsatsen. *Samtyckeskravet* berördes också i informationsbrevet där det betonades att informanternas medverkan var frivillig etc. Respondenterna har gett sitt informerade samtycke till att delta och låta sig intervjuas. *Konfidentialitetskravet* har uppfyllts genom att ljudfiler och intervjuutskrifter inte funnits tillgängliga för obehöriga. För att stärka konfidentialiteten har respondenternas namn och arbetsplats anonymiserats. *Nyttjandekravet* har uppfyllts då empirin enbart kommer att användas för denna studie. Efter det att uppsatsen har examinerats och godkänts kommer alla ljudfiler och intervjuutskrifter att förstöras.

Att jag på förhand var bekant med intervjupersonerna skulle kunna anses vara ett etiskt dilemma för min del. Däremot kände jag ingen oro över att behöva ställa de frågor jag hade för att kunna besvara studiens frågeställningar. Det skulle finnas en möjlighet att intervjupersonerna eventuellt skulle kunna känna sig obehövs i att delta i min intervjustudie. Skulle så vara fallet var deltagandet trots allt frivilligt och de var informerade om deras rättigheter som forskningspersoner. Det faktum att de tidigare hade träffat mig som kollega – under ett begränsat sommarvikariat – tycks de snarare ha upplevt som en trygghet då jag inte var helt okänd och att de därför kände tillit till mig som person.

4.7 Förförståelse

Den förförståelse som jag har av socialkontoret – platsen för min undersökning – går tillbaka till ett sommarvikariat om två månader som jag hade som missbrukshandläggare. Vid samma socialkontor arbetade de handläggare som jag sedan har intervjuat i denna undersökning. Mot den bakgrunden har jag haft en del förkunskap om platsen och forskningsämnet. Detta kan ha haft ett omedvetet inflytande under mina intervjuer, då jag på förhand har förstått vissa tankebanor och därmed inte gått djupare in på dessa under intervjuerna. Därigenom *kan* jag ha gått miste om intressanta synpunkter som respondenterna annars skulle ha delat med sig.

5. Resultat och analys

I detta kapitel kommer jag att presentera resultat från genomförda intervjuer och mina analyser baserade på teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning. Respondenterna kommer att refereras till som respondent 1, 2, 3, 4 och 5. Respondent 1 har även ett sidouppdrag vilket är att utbilda andra inom ASI. Respondent 1 har arbetat vid enheten i 5 år, respondent 2 i 2 år, medan respondenterna 3,4 och 5 har arbetat mellan 10 och 15 år.

5.1 Klientegenskapers roll vid val av insats

5.1.1 Klienters tidigare erfarenheter

Samtliga intervjupersoner ansåg klientens eventuellt tidigare behandlingserfarenhet som en betydelsefull del i planering av insats. Därigenom kan socialsekreteraren se vad som fungerat respektive inte fungerat vid tidigare behandling. Denna information ansågs vara användbar för att kunna göra en bedömning då man kunde diskutera vad klienten ”har med sig” av tidigare hjälpinsatser och även bedöma om personen behöver mycket struktur eller om hen anses vara självgående. Respondent 5 uttrycker det på följande vis:

Och ibland har ju klienten också tidigare erfarenheter av behandling och [...] när klienten har tidigare erfarenheter så underlättar det för att då kan vi ju prata om detta och se ... okej vart var du? Hur gick det? Känner du att du vill göra detta igen? Eller det kanske inte funkade för dig?

Eriksson (2015, s. 100) belyser att den verksamhet som utgår från klienters erfarenheter har större möjligheter för klientens acceptans av insats. Klientens erfarenheter är en aspekt av evidensbaserad praktik. Att beakta klienters tidigare erfarenheter kan vara till hjälp för att

hitta en insats för klienten (Socialstyrelsen 2013, s. 7). Det här tar sig i uttryck i intervjupersonernas resonemang kring klienters tidigare erfarenheter där socialsekreterarna likväl anser att det är en faktor som är väsentlig vid bedömning av insats. Två av respondenterna ansåg det vara en av de tre viktigaste aspekterna.

5.1.2 Ålder och tid i aktivt missbruk

Klientens ålder ansågs delvis kunna ha en inverkan vid val av insats:

Ja, alltså det är ju ett sådant kriterium som vi tittar på. Är personen ung och har ett destruktivt missbruk och inte så mycket stöd till exempel eller är man ung har och därmed inte ett så fortgående missbruk. Är man mycket gammal och har mycket behandlingserfarenhet. Så till viss del så kan det ju påverka. Men jag skulle se det snarare som att vi tar hänsyn till åldern än att vi diskriminerar någon. För åldern avgör ju inte om man får en insats eller inte. Utan det är mer att vi försöker få med allt klienten har varit med om. (Respondent 1)

Respondenterna 2, 4 och 5 berättar att äldre klienter dessutom ofta uppvisar andra fysiska problem som gör att dessa klienter behöver en mer omvårdande behandling. Klientens ålder tycks även ha en koppling till såväl klienters tidigare erfarenhet i behandling som tid i aktivt missbruk. Respondenterna 2–5 betonar att i det fall klienten har ett långvarigt missbruk finns det större risk för att andra livsområden påverkats negativt vilket gör att missbrukshandläggarna bedömer att det behövs mer omfattande stödinsatser för klientens del. Så behöver dock inte vara fallet för alla klienter med ett långvarigt beroende. Tid i aktivt missbruk kan därmed tolkas ha en påverkan utifrån effekterna av tid i aktivt missbruk.

5.1.3 Könsaspekt

Kön var en faktor som inte ansågs kunna ha någon påverkan vid missbrukshandläggarens val av insats för någon av respondenterna. Respondent 5 förklarar: ”Nej, det ska ju verkligen inte vara från vår sida vare sig det är tjej eller kille eller transkvinna eller transman.” Könsfaktorn kunde däremot, enligt samtliga respondenter, ta sig i uttryck i att erbjuda behandlingshem som är enkönade. På frågan om det är missbrukshandläggaren eller klienten som väljer ett enkönat behandlingshem svarar respondent 2:

Nu har jag inte stött på det med män, men om det är kvinnor så tänker jag ibland att kvinnor som har levt i missbruk har ganska mycket, vad ska man säga, traumatiska relationer eller upplevelser från män, kanske övergrepp från barndomen, och kanske att man varit i parrelation med män som behandlat en dåligt och prostituerat sig kanske, att det finns en problematik i relationen till män som man kanske tänker att man vill skydda kvinnor ifrån att komma iväg på ett enkönat kvinnobehandlingshem.

Sett till klientens kön kan socialsekreterare ibland alltså ha en bild av att kvinnor behöver skyddas utifrån en utsatt position. Även om respondent 5, enligt ovan, inte anser att man i arbetsgruppen ska låta kön påverka socialsekreterarens bedömning, så verkar kön inte desto mindre ha en viss betydelse vid val av insats. Enligt respondent 2 har det betydelse när man anser att det kan vara en fördel för klienten. Blomqvist och Wallander (2005, s. 122) påvisar att könsaspekten har en roll i bedömningsprocessen, däremot inte vid val av insats. Samma resultat framträder i denna studie där kön inte påverkar insatsen som sådan men kan senare ha en påverkan vid valet av ett specifikt behandlingshem.

5.1.4 Huvuddrog

Klientens ”huvuddrog”, med vilket här avses både alkohol- och narkotika samt diverse kombinationer av olika missbruksmedel (”blandmissbruk”), är en faktor som det tas hänsyn till. Här nämner respondenterna 1, 2, 4 och 5 Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* (2017a) som personalen har tillgång till, och där det tas upp vilken form av behandling som har högst evidens utifrån olika preparat. Respondenterna går dock inte närmre in på detta, och exemplifierar inte heller vilken typ av behandlingsinsats som kan vara lämplig utifrån olika typ av beroenden. Däremot framhåller alla respondenter att de klienter som är i ett aktivt cannabissmissbruk i flertalet fall beviljas öppenvårdsbehandling. Respondent 2 berättar att det inte finns så mycket evidens som talar för institutionsbehandling vid denna typ av missbruk. Vidare berättar respondent 2:

Sen är det väl graden i sig, alltså omfattningen av missbruket tänker jag också, om man tänker öppenvård i förhållande till institutionsvård kan det ju finnas de som är väldigt destruktiva i ett cannabissmissbruk. Den här personen kanske inte har något fast boende, kanske är väldigt stökig i livets alla områden med relationer och nätverk och så, och då kanske man tänker behandlingshem för en sån person också.

Det synsätt som ovanstående citat ger uttryck för är inte unikt utan återfinns även i övriga respondenters utsagor. Vid bedömningen av klientens beroende, oavsett om det är alkohol eller narkotika eller en kombination av dessa medel, är det snarare omfattningen av bruket än själva preparatet i sig som lyfts fram av respondenterna. Fyra av dem anser att *omfattningen* utgör en av de tre viktigaste aspekterna vid planering av en insats.

Samuelsson (2005, s. 79) menar att om socialsekreteraren ensidigt fokuserar på huvuddrogen snarare än de sociala omständigheterna runt omkring, så kan det leda fel när socialsekreteraren ska rekommendera och besluta om lämplig åtgärd. Den uppfattningen delas av samtliga respondenter i denna studie, då de anser att typ av missbruk inte är avgörande för val av insats utan omfattningen är desto mer centralt. Hellberg (1991, s. 18) hävdar för sin del att det inte finns någon automatik när socialsekreterare ska fatta beslut, då deras arbetsuppgifter innehåller moment som är unika utifrån situation och bakgrund. Det går således inte att enbart utifrån typ av beroende avgöra en lämplig behandlingsinsats, utan fråga om val av åtgärd är mer komplex och mångfasetterad.

5.1.5 Motivation

Motivationen hos klienterna är en faktor som alla respondenter framhåller som viktig. Hos respondenterna 1, 3, 4 och 5 var detta en av de tre viktigaste faktorerna för valet av insats. Det framgår inte i intervjuerna mer specifikt vad de syftar på när de talar om ”motivation” hos klienter; det tycks vara ett svårfångat och abstrakt begrepp. Vad som allmänt framhålls av respondenterna är att motivationen vare sig är egenskap eller att den är statisk – den kan med andra ord komma och gå. Skälet till att motivation anses vara viktig är att utan den anses behandling på frivillig väg inte kunna fungera. Det synsättet överensstämmer med Groshkovas (2010, s. 7) genomgång av motivationsforskning vad gäller missbruksvård, där hon betonar att motivation genomgående lyfts fram som en avgörande faktor för att behandling ska ”lyckas”, samtidigt som bristande motivation anses vara det vanligaste skälet till att en planerad frivillig insats inte påbörjas eller att den avbryts i förtid. Eftersom det rör sig om en frivillig ansökan på klientens villkor är det inte möjligt för socialsekreteraren att tvinga klienten att acceptera eller att genomgå en behandling om klienten inte är motiverad. Vid bristande motivation menar respondenterna 2 och 5 att det är viktigt att fånga upp det och arbeta motiverande och försöka motivera klienten.

Ett exempel som respondent 3 nämner vad gäller bristande motivation är att det i vissa fall händer att socialsekreteraren tillsammans med klienten trots allt lyckas komma en bit i utredningsprocessen. När socialsekreteraren sedan försöker komma i kontakt med klienten svarar inte klienten på varken samtal eller meddelanden och försöker inte själv söka kontakt. Socialsekreterarna arbetar inte med uppsökande verksamhet, och därför avslutas ärendet om handläggaren efter några försök inte lyckas få kontakt med klienten. Vid låg motivation anses enligt respondent 2 institutionsbehandling möjligtvis vara att föredra framför öppenvård. Om klienten är intagen på en HVB-institution som är lokaliserad någonstans ”i skogen” är det inte så enkelt för klienten att avvika.

5.1.6 Anhörigas synpunkter

Av alla faktorer var anhörigas synpunkter den som respondenterna anser vara minst avgörande. Däremot ansågs anhörigas synpunkter fortfarande vara viktiga men de hade ingen avgörande roll. Anhöriga kan både vara bra för klienten och fungera som en motivation för klienten, men en anhörig kan likaväl vara dåliga för klienten, exempelvis om denne själv har ett aktivt missbruk. Respondenterna 1, 3 och 5 menar att anhöriga kan ha information om klienten och hur klienten fungerar som kan vara viktig för socialsekreteraren att känna till och förstå. Citatet nedan är ett uttryck för ett förhållningssätt som samtliga intervjupersoner delar:

Såklart så lyssnar jag på dom (anhöriga) och så men det viktigaste är klientens synpunkter och mina synpunkter för det är jag och klienten som ska komma fram till något. (Respondent 3)

Respondent 1 betonar att de placeringar där klientens nätverk får vara delaktiga i är också de placeringar som tenderar att bli bäst. Intervjupersonernas uttalanden om anhörigas roll ger intryck av att anhörigas information om klientens ”egenskaper” kan vara till hjälp för socialsekreterarens bedömning. I slutändan är det trots allt uteslutande klientens och socialsekreterarens synpunkter som är avgörande för val och inriktning av behandlingsinsats. Anhörigas uppfattningar förblir allmänna synpunkter som i vissa fall kan vara till hjälp i utredningen, i andra fall inte alls.

5.2 Evidensbaserad praktik i socialtjänsten

5.2.1 Riktlinjer och forskning

Vad som framkommer i alla fem intervjuer är att ingen i arbetsgruppen kontinuerligt läser och är uppdaterade vad gäller Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Samtliga respondenter uppger att de har läst riktlinjerna vid något tillfälle. Det finns heller ingen i gruppen som har ett huvudansvar att följa riktlinjerna och informera resten av arbetsgruppen i dessa frågor. Däremot tycker respondent 2 att denna uppgift bör åvila chefen:

Det är väl också ett chefsansvar skulle jag säga, att titta på det och lyfta de om man föreslår någonting. För det är ju chefen som har beslutanderätt.

Det som blir intressant är att alla respondenter uppger att de läst riktlinjerna en eller annan gång, men att det inte är något som de prioriterar att följa upp och gå vidare med. Trots det kan de i vissa hänseenden ändå resonera kring insatser utifrån graden av evidens.

Respondenterna hänvisar ibland även till ”forskning säger”. Hur de kan referera till evidens i insatser verkar alltså inte bara ha utgångspunkt i de nationella riktlinjerna, utan verkar också bero på att socialsekreterarna på egen hand sökt annan forskning som de förhåller sig till.

Polanyi (2013/1966, s. 29) framhåller att när någon söker efter kunskap skapar man på vägen egna erfarenheter. Det kan vara en förklaring till att socialsekreterarna lyfter fram sin erfarenhet i så hög grad, att de utifrån egensökt kunskap testat dessa och konstaterat en positiv effekt vilket har lett till att de skapat en egen erfarenhetsbaserad kunskap som de förlitar sig på.

Björk (2016, s. 61) framhåller att riktlinjer är ett sätt att kontrollera socialarbetarna och hur de arbetar. Socialarbetarna ska alltså använda sig av riktlinjerna och inte söka forskning på egen hand eftersom deras arbete med klienter ska vara kontrollerbart. Respondenterna i denna arbetsgrupp verkar dock till större del utgå från egensökt forskning än Socialstyrelsens riktlinjer. Björk (2016, s. 69) menar att riktlinjer även kan finnas för att ge en allmän vägledning om vilken behandling som är effektiv respektive som inte är det. Respondent 5 anser att ”den vetenskapliga kunskapen om olika behandlingar är nog just det som är i bakhuvudet”. Det här kan antas innebära att det varit tillräckligt för dem att ta del av

riktlinjerna någon enstaka gång för att få en uppfattning om vad de går ut på, för att sedan luta sig mot andra omständigheter vid sidan av Socialstyrelsens riktlinjer. Den här inställningen tycks Björk (2016, s. 69) sympatisera med.

5.2.2 Socialsekreterarens professionalitet

Respondent 2 uppger att hen snarare går mer på rutin och tänker med utgångspunkt i vad som fungerat utifrån egna ärenden, men också utifrån kollegors synpunkter och förslag. Liknande uppfattning ger även respondenterna 3 och 5 uttryck för, som menar att de utgår mycket ifrån egna erfarenheter och vad som har fungerat med tidigare klienter. Respondent 3 understryker även att:

Men ja, jag skulle nog säga att jag, och mina kollegor med för den delen, ofta går lite mer på, ja, men allt det vi precis pratat om alla faktorer och så och inte bara som själva missbruket.

Vad som syftas med ”inte bara själva missbruket” framgår inte närmare, men kan förslagsvis ha att göra med att de nationella riktlinjerna innehåller konkreta förslag på behandling utifrån missbruksmedel. Som berörts i tidigare avsnitt (se avsnitt 5.1.4) är inte en sådan utgångspunkt ultimat vid planering av behandlingsinsats, eftersom det enligt respondenterna är missbrukets omfattning som är det viktiga. Professionaliseringsprocessen har enligt Hellberg (1991, s. 18) diskretionskrav som verktyg. Eftersom socialsekreterare har en arbetsmiljö där de, i arbetet med klienter, behöver göra individuella bedömningar innebär det att det inte är en framgångsrik metod att enbart utgå från Socialstyrelsens riktlinjer och följa dessa i varje fall. Detta berör även Hellberg (1991) som menar att diskretionskravet innebär att socialsekreteraren är ”fri” att ta egna beslut utifrån sin egen professionella bedömning. Kunskap är grunden för diskretionskravet, då det innefattar såväl vetenskaplig som erfarenhetsbaserad kunskap.

Polanyi (2013/1996, s. 30) menar att kunskap innefattar såväl praktiskt som teoretiskt vetande. I respondenternas utsagor kan man urskilja att de, i deras strävan att hitta rätt behandlingsinsats för klienten, inte enbart förhåller sig till forskning och riktlinjer utan till större del utgår från sina egna tidigare erfarenheter med andra klienter. Det förekommer även ett samspel kollegorna emellan där de inte bara utgår från sin egen erfarenhet, utan det förekommer också en diskussion mellan kollegor, där socialsekreteraren även tar hänsyn till

kollegors tidigare kunskap. Socialsekreterarna har alltså utvecklat en egen erfarenhetsbaserad kunskap, vilket är det Polanyi syftar på med sitt begrepp. Tyst kunskap beskriver en implicit kunskap och av tabell 1 (se avsnitt 3.1) framgår olika motpoler i uppräkningsen av implicit respektive explicit kunskap. Den ena motpolen utesluter däremot inte den andra och som påtalas i kapitel 3 menar Johannesen och Rolf (1988, s. 40) att båda sidor är nödvändiga i varierande utsträckning, dvs. de är komplementära. Granskar man de olika motpolerna i tabell 1 framgår det att nyckelorden som svarar mot implicit kunskap – utomvetenskaplig och självupplevd – är motpoler till ”vetenskaplig och refererad” vilka representerar explicit kunskap. I socialsekreterarnas resonemang om evidensbaserade behandlingsinsatser och sin egen erfarenhetsbaserade kunskap framgår att båda dessa utgångspunkter beaktas när socialsekreterarna planerar en lämplig behandlingsinsats. Däremot ges den implicita sidan ett större utrymme.

Socialsekreterarna utgår inte bara från egna erfarenheter utan också från de som klienterna bär med sig. Inte desto mindre verkar socialsekreterarnas erfarenhet väga tyngre. Ett tydligt exempel på det här går att notera i intervjun med respondent 1 som vid ett tillfälle uttrycker det på följande vis:

[...] att ”min kompis har varit där och han var jättenöjd” så tänker man ju att det inte alls är säkert att du har samma problem eller behov som den personen, men vi brukar prata om det.

Samma handläggare har tidigare i intervju förklarat:

Sen så använder ju vi våra erfarenheter, till exempel ”men jag hade en liknande klient på det här stället det gick bra för honom”, så vi hjälps ju åt alltid.

Kollegornas tidigare erfarenheter väger alltså tyngre än erfarenheten hos klienternas bekanta. Stängningsstrategin som Hellberg (1991 s. 16, ref. till Parkin 1979) talar om innebär i korthet att en yrkesgrupp monopoliserar sin kunskap. Denna strategi kan riktas nedåt mot andra grupper, däribland klienterna. Här ska socialsekreterarnas professionella position utmärka en viss kompetens gentemot omgivningen. Den här tanken kan appliceras på socialsekreterarnas ställningstaganden om sina och kollegornas erfarenheter visavi klienternas självupplevda erfarenheter. Kontentan är att det krävs en viss kunskap och kompetens för att kunna fatta beslut i frågor om behandlingsinsats, vilken enbart socialsekreterarna besitter och därför finns

det ett antagande om att de ”vet bäst”, vilket i förlängningen får konsekvenser när det gäller frågan om klienters delaktighet i utredningsprocessen (se avsnitt 5.2.4).

5.2.3 ASI

Det bedömningsinstrument som används av respondenterna i arbetsgruppen är ASI. Alla är i grunden positivt inställda till ASI. Respondenterna är överens om att ASI är viktig vid planering av en insats, då det är ett första steg som genererar viktig information om klientens olika livsområden. Den information som här samlas in är det underlag socialsekreterarna sedan använder för att välja en lämplig insats för klienten. Denna tanke finns även i Abrahamsson och Tryggvessons (2009) studie där respondenterna menar att ASI-intervjun ger väsentlig information inom olika livsområden som ger möjlighet att matcha klienten med rätt insats (ibid., s. 29). Även om alla respondenter i min egen studie ger uttryck för samma positiva synsätt så berör respondent 1, som utbildar socialsekreterare i användningen av ASI, en aspekt som övriga inte gör men som däremot är nödvändig att lyfta fram i detta sammanhang:

Vi väljer ju inte själva insatsen, alltså behandlingshemmet utifrån ASI utan det gör ju vårdnivån, men vi har ju den som grund när vi tittar på hur ser klientens förmågor ut. Till exempel [...] är det så att det framkommer att man inte har ett nätverk men har ett tungt missbruk, ingen stabilitet, så kanske det är orimligt att tänka en strukturerad öppenvårdsbehandling om man inte har boende, inga förmågor och inga goda erfarenheter. Så visst, jag skulle kunna säga att indirekt så använder man ju ASI definitivt till insatser.

Respondent 5 framhåller en aspekt av ASI som ingen annan av intervjupersonerna berör, nämligen att ASI underlättar arbetet med de utredningar som socialsekreterarna måste skriva för varje beviljat bistånd. Eftersom ASI genererar mycket data kan den sedan användas för att ”fylla i” rubrikerna i utredningarna. ASI underlättar således även dokumentationen, vilket är en del av socialsekreterarens arbetsuppgifter. Respondenterna 2 och 5 poängterar att ASI är ett evidensbaserat instrument och enligt respondent 2 säkerställer det att ASI-användarna gör på ett likartat sätt och att samtalet med klienten inte bygger på socialsekreterares förförståelse. Enligt sistnämnda respondent bidrar ASI till att handläggaren gör en mer professionell bedömning. Respondenterna 1, 3, och 4 lyfter fram att alla klienter får samma frågor och att dessa därför inte utgår från socialsekreterarens fördomar. Respondent 3 framhåller vidare att

ASI innehåller ett så omfattande frågebatteri som annars inte hade ställts på ett systematiskt vis, men genom ASI tappar man inte bort viktig information. Dessa synpunkter från respondenterna överensstämmer väl med de resultat som redovisas både i Skogens (2012, s. 40) och Abrahamsson och Tryggvessonssons (2009, s. 29) studier.

Användandet av ASI innebär alltså att det finns en inbyggd rättssäkerhet genom att frågeformuläret är lika för alla och inga frågor riskerar att baseras på socialsekreterarens fördomar. Att kunna hävda att det arbete socialsekreterarna utför är rättssäkert verkar vara viktigt för respondenterna att framhålla.

Trots att arbetsgruppen huvudsakligen ställer sig positiv till ASI nämns även nackdelar som de anser är förenat med bedömningsinstrument. Respondenterna 1, 3 och 4 förklarar att ASI-intervjun kan ta 1,5–2 timmar att utföra vilket från klienternas sida kan vara negativt, då de blir otåliga och gärna vill komma ifrån intervjusituationen. En lösning på det problemet är, enligt respondenterna 3 och 4, att ta några minuters paus under intervjun. Respondent 1 berättar att en orsak till varför klienter kan bli otåliga är för att vissa klienter har svårt med struktur och kanske även har en ADHD-diagnos eller av någon annan anledning har svårt för att klara av att göra den. Vad som framkommer i intervjuerna är att ASI är frivilligt för klienten att genomgå, men hur detta uppfattas av klienten själv är en annan sak.

Skogens (2012, s. 35) visar i sin studie att ASI används på mindre än hälften av klienterna. Orsakerna till detta kan enligt henne förklaras med handläggarnas arbetsbelastning, brist på personal eller att bedömningsinstrumentet inte lämpar sig för alla klienter. Respondenterna i min egen studie är dock av annan åsikt och menar att ASI-intervjun genomförs i stor utsträckning och *ska* genomföras med de klienter som samtycker till det och som har möjlighet att göra det. Respondent 2 berättar dock om de fall då en ASI-utredning inte anses vara lämplig att göra:

Ibland frågar man ju inte ens om det är någon som är jättepsykotisk eller dement så kanske man i vissa lägen gör en bedömning att det inte behövs en ASI. Men det är sällan någon nekar om man inte har någon psykisk problematik. Det krävs ju ganska mycket av den som man intervjuar.

Ingen av respondenterna uppger att de avstår från att genomföra ASI-intervjuer på grund av bristande tid eller hög personalomsättning. Respondenterna 1 och 4 betonar att ASI:n inte ska ge bättre förutsättningar för klienten att få hjälp jämfört med klienter som inte genomgår ASI-utredningen, då socialsekreterarna i sin yrkesroll inte får behandla klienter ”orättvist”. Det ska enligt dessa respondenter inte medföra några negativa konsekvenser om klienten väljer att avstå från att genomgå ASI. Däremot anser respondenterna att ASI-intervjun underlättar socialsekreterarnas arbete. Vad som framkommer är alltså å ena sidan att ASI inte ska ge bättre förutsättningar för klienten att beredas hjälp/stöd, men å andra sidan framgår att ASI underlättar socialsekreterarens arbete. Skulle en ASI *inte* vara aktuell att genomföra får socialsekreteraren ha ett eget kartläggande samtal. Det senare skulle alltså kunna leda till, som respondenterna nämner ovan, att de ställer frågor utifrån sina fördomar och att klienterna inte behandlas lika. Här kan alltså respondenternas utsagor ifrågasättas. Det som det däremot inte behöver innebära om en ASI-intervju inte genomförs är att klienten skulle få en sämre möjlighet till behandling. Även om en ASI underlättar bör socialsekreterarna även utan denna kunna göra en likvärdig bedömning utifrån deras egen uppfattning om att de besitter nödvändig professionell kunskap för att kunna fatta ”rätt” beslut rörande en behandlingsinsats.

Respondenterna 2, 3 och 5 anser att den personliga kontakten mellan socialsekreterare och klient kan hämmas genom användningen av ASI-formuläret. ”En del frågor kan kännas lite så där krystade, det blir lite robotaktigt” (respondent 2). Här menar respondenterna 3 och 5 att det är viktigt att inte bara fokusera på att ställa frågor och kryssa in vad klienten svarat, utan även stanna upp för att se om klienten har något mer att tillägga och att bemöta klientens känslor och tankar. Detta anser respondent 2 är ansträngande: att som ”ASI-intervjuare” å ena sidan vara uppmärksam på klientens respons på frågorna – dvs. om klienten blir berörd och socialsekreteraren då behöver stanna och fånga upp detta – och å andra sidan behöva gå vidare med frågorna eftersom det rör sig om ett stort antal. Det här dilemmat nämner även Lipsky (1980/2010, s. 15), där socialsekreteraren ska möta sina klienter som en medmänniska samtidigt som hen ska möta klienten utifrån sitt begränsade handlingsutrymme. Respondent 1 ger uttryck för en något annorlunda uppfattning och hävdar istället att ASI-intervjun är ett enkelt instrument att använda och att det kan hjälpa till att skapa en bra relation med klienten. Denna respondent har som framhållits ovan en aktiv roll i utbildningen av socialsekreterare i ASI-användningen. Dennes uppfattning överensstämmer med vad socialsekreterarna gav

uttryck i Skogens (2012, s. 40) studie vilka ansåg att ASI är ett sätt att skapa trygghet och underlätta kommunikation med klienten. Trots att respondenterna 2, 3 och 5 har en motsatt uppfattning så har de likväl en positiv grundsyn till ASI.

ASI-intervjun och dess omfattande kartläggning verkar alltså samla in information kring alla de faktorer som diskuterats med respondenterna och som ansetts kunna ha en avgörande roll vid val av lämplig behandling. Hellberg (1991, s. 16) menar att socialsekreterare i sin professionella position har en viss status och kompetens och socialsekreteraren ska således kunna försäkra omgivningen om deras professionella kunskap. Detta görs genom att använda ett evidensbaserat bedömningsinstrument som ASI. Både min egen studie och vad som framkommer i undersökningen av Abrahamsson och Tryggvesson (2009, s. 29) visar att respondenterna anser att användningen av ASI ökar deras professionalitet, då kartläggningen i deras ögon framstår som objektiv och inte baserad på subjektiva och fördomsfulla uppfattningar från handläggarens sida.

5.2.4 Klienters delaktighet

Klienters delaktighet är något som samtliga respondenter hävdar är en viktig del i arbetet för att komma fram till en lämplig behandlingsinsats. Respondenterna anser att klienterna får utrymme att vara med och bestämma. Enligt respondent 1 visar rättspraxis att klienters inflytande väger tungt, men vilka domar som åsyftas framkommer dock inte under vårt samtal. Bland annat respondent 2 betonar vikten av att socialsekreteraren verkligen lyssnar på klienten; "[...] i hög grad skulle jag säga, att jag försöker lyssna in det. För annars blir det ju inte något bra." Enligt Eriksson (2015, s. 100) är det en framgångsfaktor för socialsekreterarna att utgå från klienters erfarenheter, eftersom det ökar chansen för klienten att samtycka till insatsen. Lipsky (1980/2010, s. 57) hävdar att det finns ett ömsesidigt beroende mellan gräsrotsbyråkrat (i det här fallet socialsekreterare) och klient, där socialsekreteraren behöver ett samtycke från klienten för att kunna genomföra ett beslut, i det här fallet med stöd av SoL. Runquist (2012, s. 118) menar att för socialarbetaren är det viktigt att få klienten "samarbetsvillig" eftersom hen annars skulle ha svårt att utföra sitt arbete, och därför är det viktigt för socialarbetaren att vara pragmatisk och inta ett situationsanpassat förhållningssätt gentemot klienten.

Lipsky (1980/2010, s. 57) framhåller vidare att samtycket utgår från socialsekreterarens överordnade ställning visavi klienten. Socialsekreteraren har befogenhet att avslå en ansökan och befinner sig därför i en tydlig maktposition. Det gör att klienter agerar utifrån hur de *antar* att de bör göra i en viss given situation, eftersom de inte vet hur socialsekreteraren kommer att handla om klienten inte betar sig på ett för handläggaren acceptabelt sätt. Om klienter går utanför den tillåtna ramen blir hen tillrättavisad av socialsekreteraren:

Såklart så kan ju klienter ibland vilja en sak och att vi anser att det inte är lämpligt. Ett exempel jag har är det här jag nämnde innan med att klient och föräldrar kanske sökt behandling privat där föräldrar bekostat. Så kanske klienten ansöker hos oss sen och vi kommer fram till en annan behandling och klienten går dit. Efter två dagar ringer klienten och säger att klienten inte tror att det är rätt och att klienten istället vill till det andra stället som den tidigare testat privat. Där får jag ju vara lite hård då att säga att ”nej, men nu stannar du där och fortsätter försöka, du har bara varit där två dagar, du har ju inte gett det en ärlig chans. Och det andra stället du vill till har du försökt med två gånger tidigare och det har inte funkat. Så att jag tycker du ska stanna där och försöka mer”. Och så blir klienten arg o irriterad.. och sen i slutändan så blir det bra, klienten stannar där den är och det går bra för den. Så att ibland får vi ju vara hårda på det sättet för att hjälpa klienten. (Respondent 4)

Även om klienten i ovanstående exempel hade påbörjat en behandling och sedan velat avbryta den för istället påbörja en annan, så lyssnar klienten på socialsekreterarens argument. Klienten hade likaväl kunnat säga att hen trots att socialsekreteraren inte samtycker ändå vill avsluta insatsen. Eftersom klienten inte vet hur socialsekreteraren kommer att agera och socialsekreteraren i det läget hade kunnat besluta att avslå den andra av klienten önskade behandlingen, så fortsätter klienten på samma behandling. Klienten saknar nämligen vetskap om hur ett aktivt motstånd från dennes sida skulle bemötas av socialsekreteraren.

Respondenterna 1, 2, 4 berättar att klienter kan framföra förslag och önskemål som handläggarna dock inte bedömer som bra/rätt insats för klienten. De menar att när så sker får de diskutera med klienten och motivera sin inställning utifrån sin professionella bedömning:

Men jag tycker att det är där vi som profession får gå in och liksom hjälpa till litegrann ibland när klienten har orealistiska förväntningar, kanske inte ser så allvarligt på sin problematik som vi gör. (Respondent 1)

Samtliga intervjupersoner anser alltså att klienten ges möjlighet att vara ”delaktig” och att det dessutom är viktigt att klienterna samtycker till insatsen. Det är dock oklart vad respondenternas avser med att klienten är ”delaktig” i beslutsprocessen; graden av brukardelaktighet och dess olika uttrycksformer kan variera väsentligt som Hultqvist och Salonen (2011) framhåller. I slutändan är det trots allt socialsekreterarnas röst som väger tyngst. Här ger respondent 3 uttryck för en något annorlunda uppfattning än övriga intervjupersoner: ”Den professionella bedömningen jag gör är utifrån klientens bästa.” Denna tankegång ligger i linje med vad Hellberg (1991, s. 16) beskriver när hon framhåller att professionella genom sin kompetens anser att de kan och vet bäst.

Respondenterna ombads i intervjun att fundera över huruvida klienters inflytande och delaktighet skiljer sig i det fall det rör sig om en frivillig ansökan om behandling i förbindelse till avslutad LVM-vård. Här är respondenterna överens om att det i dessa fall finns ett större utrymme för klienter att uttrycka sina önskemål och att få gehör för dem. Enligt intervjupersonerna är man angelägen om att klientens ska komma från sitt beroende. När klienter har genomgått behandling enligt en tvångslag anser respondenterna att det i dessa fall är synnerligen viktigt att fånga upp klientens vilja och motivation för att det ska bli ”bra”. Respondenterna 1, 2 och 5 förklarar att dyrare insatser kan bli beviljade i fall som dessa till skillnad från hur det hade bedömts annars. Respondent 4 ger följande exempel från ett ärende:

Om jag tar ett exempel där har jag en klient som är återkommande med LVM och frivilliga ansökningar. Och nu har det varit ett till LVM på klienten och jag har börjat känna att jag inte riktigt vet vad mer vi ska göra då vi har försökt så mycket olika. Men så har klienten föreslagit ett ställe och är helt inställd att klienten vill dit och att det kommer blir bra, och klienten gick på infomöte och så vidare. Och egentligen tror jag själv kanske inte att det är så bra alternativ på grund av att det är i samma stad och vi har försökt få bort klienten från denna stad på grund av att umgänget har påverkat klienten dåligt. Men klienten är helt inställd och vill verkligen dit, så kände jag att ... ja men varför inte testa? Detta kan ju vara det stället som får klienten att vända. Så diskuterade jag med chef och mina kollegor och vi alla tänkte ju också att det är kanske inte så bra egentligen men i och med att vi testat så mycket och det inte funkade och att klienten är så positiv till detta så tänkte vi att det är värt ett försök.

Då olika insatser har prövats under lång tid väljer socialsekreteraren att gå med på klientens önskemål, då klienten visat så pass stor tilltro till ett specifikt behandlingshem. I tidigare

diskussion utifrån Hellberg (1991) går det att urskilja ett förhållningssätt enligt vilket klienten får vara delaktig men socialsekreterarens röst väger ändå alltid tyngst. Ovan exempel efter avslutad LVM-vård visar istället att det de facto är klientens röst som väger tyngst. Här kan möjligtvis diskuteras utifrån Erikssons (2015, s. 223) tanke om ”sanktionerat motstånd”. Det framkommer inte tydligt, men sannolikt skulle inte socialsekreteraren tillsammans med sin chef godkännt en sådan behandling om de ansett att den hade varit en helt igenom ogynnsam lösning. Klienten ges tillåtelse och möjlighet att få sin röst att ”väga tyngst”. Detta motstånd är, som Eriksson beskriver det, förväntat då syftet med brukarinflytandet enbart innebär att klienterna ska kunna framföra sina tankar och åsikter.

5.3 Socialsekreterares handlingsutrymme och begränsningar

Den allmänna uppfattningen respondenterna har är att deras handlingsutrymme är stort men att det samtidigt finns begränsningar. Respondenterna 2, 3, 4 och 5 anser att deras handlingsutrymme begränsas av att det är sektionschefen som måste ge ett godkännande för att socialsekreterarna ska kunna bevilja klienter bistånd till olika typer av insatser med stöd av SoL 4:1. Det är alltså närmaste chef som har det slutgiltiga mandatet att fatta beslut. Trots detta anser respondenterna att chefen har en tillit till sina socialsekreterares bedömningar och därför brukar socialsekreterarna för det mesta få stöd för sina bedömningar och förslag till lämplig insats.

Beslutsfattandet är således tämligt centraliserat till chefsnivå. Medan respondent 1 inte tycks fästa något större avseende vid detta utan tycker att handlingsutrymmet ändå är relativt stort, så uppehåller sig respondent 2 mer vid avsaknaden på eget formellt beslutsfattande. Trots detta tycks sistnämnda respondent kunna förlika sig med frånvaron av eget beslutsfattande, eftersom hen och sektionschefen oftast är överens. Utifrån andra omständigheter, med t.ex. en annan chef som i större utsträckning hade opponerat sig mot handläggarnas bedömningar, skulle respondent 2 ha kunna ha en mindre accepterande syn på chefens agerande.

Handläggarna har alla lika stort handlingsutrymme, men det som skiljer dem åt är alltså deras syn på handlingsutrymmet som sådant. I ett läge där sektionschefen väljer att inte godkänna socialsekreterarens förslag till kan enligt respondent 5 bero på att chefen gör en annan bedömning av klientens motivation:

Och det är ju också en lite blandning där om vi snackar begränsningar nu att låt oss säga en klient som upprepade gånger avbrutit sina behandlingar, då blir det ju svårare för oss att få igenom sen med chefen eftersom att chefen då ifrågasätter motivationen hos klienten och det blir svårare att få ihop en planering med klienten eftersom chefen inte riktigt ”litar” på klienten så att säga. (Respondent 5)

Respondent 3 anser att det är problematiskt att alla biståndsärenden, som genererar en kostnad för verksamheten, måste passera chefen. Ibland kan det hända att klienter ringer och har ett specifikt önskemål som socialsekreterarna inte kan svara på direkt utan först måste stämna av med sin chef. I fall som dessa kan klienterna bli irriterade då de inte vill behöva vänta på besked. Enligt respondent 4 kan det i vissa fall ta lite tid innan man kan få ett besked, eftersom båda kan vara upptagna och inte ha möjlighet att träffas för en avstämning. Det kan i dessa fall hända att det tar tid innan tillfälle ges för socialsekreteraren att föredra ärendet för chefen.

Socialsekreterare kan ibland alltså uppleva att de är en form av medlare mellan chef och klient. Gräsrotsbyråkrat innebär enligt Lipsky (1980/2010) just detta, att socialsekreteraren är den i organisationen som har en direktkontakt med klienten och måste jämkta olika intressen för att skapa en fungerande arbetsallians med klienten. Gräsrotsbyråkraten har ett visst handlingsutrymme – som dock kan variera mellan organisationer och kommuner – vilket vid det undersökta socialkontoret är begränsat, då socialsekreteraren inte har mandat att fatta ett bindande beslut utan att det är sanktionerat av sektionschefen. Det innebär att det blir ett ”hack” i beslutsprocessen innan man kan gå vidare i ärendet.

I andra avseenden är handlingsutrymmet betydligt större. Respondent 2 berättar att på vilket sätt socialsekreterarna väljer att lägga upp sitt arbete avgör man själv som handläggare. I utredningsprocessen och planering kring ett ärende är handlingsutrymmet stort. Enligt Lipsky (1980/2010) tar handlingsutrymmet inte enbart sikte på beslutsfattandet. Handlingsutrymmet kan innefatta även arbetet innan beslut fattas. Respondent 5 ger ett annat exempel på hur deras handlingsutrymme kan se ut:

Ja, eftersom vi kan ju anse att om klienten får permission nu [under en behandlingsvistelse] så kommer klienten kanske återfalla i sitt missbruk eller göra något annat som vi tänker inte är bra

för behandlingen och då får ju vi bestämma i dessa fall ifall vi ska ge klienten permission. Klienten får ju såklart lämna om dom vill men då ses det som att klienten avbrutit behandlingen och då får ju klienten inte riktigt gå tillbaka hur den vill.

Orsaken till att socialsekreteraren här har delegation att fatta den här typen av beslut kan antas bero på att det är socialsekreteraren som har direktkontakt med klienten och det är socialsekreteraren som har vetskap om klientens situation. Dessutom innebär beslutet inte någon kostnad för verksamheten. Av den anledning anses socialsekreteraren vara bäst lämpad att fatta beslut i frågor om när tillfälle för permission bör ges. Hellberg (1991, s. 18) framhåller att det finns arbetsuppgifter som kräver den professionellas bedömning i ett enskilt fall, vilket är anledningen till att det blir problematiskt att hantera vissa arbetsuppgifter rutinmässigt. Det diskretionskrav Hellberg nämner är att yrkesutövaren, dvs. socialsekreteraren, är fri att basera sitt beslut på uteslutande sitt eget omdöme. För att kunna fatta ett lämpligt beslut i frågan om permission krävs att socialsekreteraren gör en bedömning utifrån klienten och klientens situation.

En del i handlingsutrymmet handlar om hur socialsekreterarna föredrar ärendet för sin chef och hur de argumenterar för den bedömning som de gjort. Skicklighet i det avseendet kan vara viktig för att få positivt gehör från chefens sida, inte minst om det är ett komplicerat eller kostnadsgenererat ärende. Socialsekreterare ska inte bara kunna tala för sin sak gentemot utomstående, utan också kunna övertyga nyckelpersoner inom den egna organisationen, i det här fallet den närmaste chefen.

5.4 Avslutande analys

Det tycks finnas två sätt att se på hur olika faktorer kan påverka vid val av behandlings- eller annan hjälpinsats för klienten. Det första steget är att utreda vilken form av behandlingsnivå som är aktuell, dvs. öppenvård eller heldygnsvård på HVB-institution. Därefter uppkommer vilken typ av öppenvård eller slutenvård som bör väljas. Här kan klientens kön vara en viktig faktor. Även om det inte påverkar typen av insats kan det påverka om behandlingen ska genomföras vid ett enkönat behandlingshem.

Överlag verkar respondenterna ha svårt att exakt och mer djupgående kunna redogöra för vilka faktorer som påverkar deras bedömning vid val av insats och hur de påverkar. Den

faktor som alla respondenter framhöll som viktig var motivation. Vid frivillig vård är motivation en självklar och avgörande faktor eftersom att klienten har möjlighet att avbryta när den än vill. Andra faktorer som ansågs som viktiga var missbrukets karaktär och klientens erfarenhet och synpunkter. Även om de kunde redogöra för faktorer som var viktiga och kunde ge exempel på tre viktigaste faktorer så var det återkommande att deras ställningstagande beror på flera olika omständigheter och inte enbart en.

Denna ”oförmåga” att explicit lyfta fram de mest avgörande faktorerna som är styrande vid bedömning av lämplig insats, kan kopplas till Polanyis (1996, s. 33) resonemang om de två leden i tyst kunskap. Genom att vara uppmärksam på det första ledet och förlita sig på sin medvetenhet blir gräsrotsbyråkraten uppmärksam på det andra ledet. Av dessa två led är det i det första ledet som man har kunskap som inte går att artikulera, som inte går att ”ta på”. Socialsekreterarna är uppmärksamma på olika faktorer som kan ha betydelse och förlitar sig på sin medvetenhet om dessa vilket gör att de uppmärksammas på det andra ledet vilket skapar helheten. Polanyi (1996, s. 34) hävdar att även om man vänder uppmärksamheten från det första ledet (faktorerna) till det andra ledet (helheten), så är man ändå medveten om faktorernas betydelse.

Socialsekreterarna avgör alltså val av insats utifrån en helhetsbedömning. När de sedan under intervjun ska svara på frågor om enskilda faktorer roll i bedömningen av rätt insats handlar det om att resonera om det led där kunskap finns som de inte kan artikulera för mig som utomstående. Detta kan således vara orsaken till att respondenterna inte kan ge några tydliga och exakta svar om faktorernas betydelser vid bedömning av lämplig insats. För att socialsekreterarna ska kunna göra en bedömning behöver de se till helheten och inte bara till enskilda faktorer.

Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevård tycks ha en liten roll i socialsekreterarnas planering av insats i jämförelse med deras egna tysta och erfarenhetsbaserade kunskap. Klienters situationer ser olika ut och som både Lipsky (1980/2010) och Hellberg (1991) hävdar kan socialsekreterarens arbetsuppgifter inte göras på rutin. Varför socialsekreterarna snarare ser till sin och sina egna kollegors erfarenhet än Socialstyrelsens riktlinjer kan bero på att riktlinjerna inte utgår från andra omständigheter än

missbruksmedel. Som tidigare framhållits är denna inställning enligt respondenterna inte gångbar.

Hur en socialsekreterare gör för att hitta en lämplig behandling för klienten utgår alltså från varje klients unika situation. Det här är också en orsak till varför handlingsutrymmet för socialsekreterarna är viktig, en rutinmässig yrkesroll som missbrukshandläggare skulle innebära sämre förutsättningar för klienten i vald behandling. Att förhålla sig till varje klients individuella situation samtidigt som socialsekreteraren ska behandla alla lika kan, som Samuelsson (2005, s. 81) betonar, innebära en risk att reproducera fördomar. Eftersom man utgår från olika aspekter av klienters liv och klienters egenskaper finns det en risk att ta beslut utifrån förutfattad mening. Därför är det av stor vikt för socialsekreteraren att vara medveten om detta risktagande.

6. Avslutande diskussion

Det resultat studien visar är att processen för att planera val av insats är ett arbete som kräver att socialsekreteraren ser till flera aspekter. Vilka faktorer som egentligen påverkar val av insats ges inte tydliga och konkreta resonemang på. För varje faktor som diskuterades kunde ha en påverkan kompletterades yttrandet med att socialsekreterarna inte bara kan se till den enskilda faktorn. Det är alltså, som socialsekreterarna uttrycker det, viktigt att se till helheten. Det här innebär alltså att socialsekreteraren behöver se till var individs unika livsförhållanden och göra individuella bedömningar utifrån detta. Trots att socialsekreterarna uttrycker begränsat handlingsutrymme i förhållande till det som kostar pengar och beviljade bistånd så uttrycker de ett fritt handlingsutrymme i utredningsprocessen. Den här utredningsprocessen kräver ett fritt handlingsutrymme för socialsekreteraren för att kunna göra en sanningsenlig bedömning som passar för just den enskilda klienten. Faktorer som däremot kunde lyftas som synnerligen viktiga var motivation, klientens tidigare behandlingserfarenheter och tid av aktivt missbruk utifrån effekterna av det. Likaså var huvuddrog en viktig faktor, viktigt att belysa här är att socialsekreterarna inte enbart tittar till huvuddrog men snarare tittar på omfattningen av bruket.

Klienters delaktighet ansågs vara en viktig del i arbetet. Inte minst eftersom att insatser vid frivillig behandling tenderar att accepteras i större utsträckning om klienter ges möjlighet att

vara aktiva i utredningsprocessen. Socialsekreterarna ansåg att klienter fick vara delaktiga i största möjliga mån och att det togs stor hänsyn till klienters synpunkter. Vad som kunde sätta begränsningar för klienters delaktighet var resonemang om att socialsekreterarna har sin professionella kompetens och kunskap som har den avgörande rösten. En insats helt utan klientens synpunkter ansågs inte kunna ha ett bra utfall. ASI ansågs vara ett betydande hjälpmedel för utredningsprocessen med anledning av instrumentets omfattande kartläggning. ASI användes i den mån det gick med undantag från få klienter som antingen inte ville eller inte var kapabla till att genomföra en ASI. Användandet av ASI var till hjälp för den utredningsprocess socialsekreteraren ska göra för varje klient. Hur insatsen sedan formar sig verkade inte få innebära någon skillnad där en klient skulle få en bättre bedömd insats enbart för att denne deltagit i en ASI.

Hur socialsekreterarna resonerade utifrån evidens enligt Socialstyrelsen rekommendationer kontra socialsekreterarens erfarenhetsbaserade kunskap är övervägande att socialsekreterarens erfarenhet väger tyngre. Det här behöver nödvändigtvis inte kunna appliceras i en annan arbetsgrupp på en annan socialtjänst. Rekommendationerna ansågs vara vaga eftersom att de gav rekommendationer utifrån missbruksmedel vilket, enligt resultatet i denna studie, kan ge en missledande vägledning då det snarare är av vikt att se till missbrukets karaktär. Emellanåt refererade respondenterna till annan forskning bortsett från de nationella riktlinjerna. Denna forskning verkade i vissa hänseenden vara grunden till den erfarenhetsbaserade kunskap de utvecklat. Även om en socialsekreterare inte utgår från Socialstyrelsen forskning och vetenskap verkar det i yrket vara betydelsefullt att ändå använda sig av åtgärder med vetenskaplig grund.

Överlag var socialsekreterarnas resonemang i linje med varandra i de flesta hänseenden. Det kan bero på att det är en arbetsgrupp om fem socialsekreterare som arbetar nära varandra, därför har de influerat varandra vilket lett till en enhetlig bild över arbetsprocessen. Något som inte belyses närmre i intervjuerna är mer specifikt hur tankar förs kring valet av öppen- och slutenvård. Det här kan ha att göra med vald metod för studien. Skulle studien istället baserats på vinjetter skulle socialsekreterare kunnat resonera på ett annat vis, i sådant fall hade de haft fiktiva klienter med tillhörande situation som respondenterna hade kunnat utgå från.

Det som framkommit i studien är att det i slutändan är chefen som fattar beslut om enskilda insatser. Därför hade det varit intressant att intervjua sektionschefer vid missbruksenheten för att se hur de resonerar kring att bevilja insats utifrån sina socialsekreterares ärendedragning.

Referenslista

- Abrahamsson, Maria & Kalle Tryggvesson (2009) Socialtjänstens användning av standardiserade klientbedömningsinstrument – ASI som retorik och praktik i två svenska kommuner. *Nordisk Alkohol- og narkotikatidsskrift*, 26 (1): 21-39.
- Ahrne, Göran & Peter Svensson (2015) Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Andra uppl. Stockholm: Liber
- Bergmark, Anders & Tommy Lundström (2016) Mot en evidensbaserad praktik? – Om färdriktningen i socialt arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 13 (2): 99-113.
- Bergmark, Åke (1995) *Prioriteringar i socialtjänsten: rättvisa och ekonomi*. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Bergmark, Åke (1997) From reforms to rationing? Current allocative trends in social services in Sweden. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 6 (2): 74–81.
- Björk, Alexander (2016) *Evidence-based practice behind the scenes: How evidence in social work is used and produced*. Doktorsavhandling. Stockholm: Inst. för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Bryman, Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Andra uppl. Malmö: Liber
- Denvall, Verner & Kerstin Johansson (2012) Kejsarens nya kläder – implementering av evidensbaserad praktik i socialt arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 19 (1): 26-45.
- Ekendahl, Mats (2004) Omöjlighetens praktik – en studie av socialtjänstens LVM-handläggning. I: SOU 2004:3. *Forskningsrapporter. Bilagedel till LVM-utredningens betänkande Tvång och förändring*, s. 167-272.
- Engström, Christer & Bengt-Åke Armelius (2016) Implementering av en strukturerad intervju (ASI) i missbruksvård och kriminalvård. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 12 (1): 27-42.
- Eriksson, Erik (2015) *Sanktionerat motstånd: Brukarinflytande som fenomen och praktik*. Doktorsavhandling. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.

Eriksson-Zetterquist, Ulla & Göran Ahrne (2015) Intervjuer. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) Handbok i kvalitativa metoder. Andra uppl. Stockholm: Liber.

Groshkova, Teodora (2010) Motivation in substance misuse treatment. *Addiction Research and Theory*. 18 (5): 494-510.

Gustafsson, Bengt, Göran Hermerén & Bo Petersson (2005) *Vad är god forskningssed? Synpunkter, riktlinjer och exempel*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Hellberg, Inga (1991). *Professionalisering och modernisering: en studie av nordiska akademiker i offentlig tjänst*. Stockholm: Brevskolan

Hellberg, Inga (1995) Det professionella tjänstesamhället. I: Lennart G. Svensson & Pál Orbán (red.) *Människan i tjänstesamhället*. Lund: Studentlitteratur.

Hultqvist, Sara & Tapio Salonen (2011) Brukardelaktighet i välfärdsstaten – retorik och praktik. I: Verner Denvall, Cecilia Heule & Arne Kristiansen (red.) *Social mobilisering. En utmaning för socialt arbete*. Malmö: Gleerups.

Johannessen, Kjell & Bertil Rolf (1989) *Om tyst kunskap. Två artiklar*. Uppsala: Centrum för didaktik, Uppsala universitet.

Kvale, Steinar & Sven Brinkmann (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Tredje uppl. Lund: Studentlitteratur.

Lind, Rolf (2014) *Vidga vetandet*. Lund: Studentlitteratur.

Lipsky, Michael (1980/2010) *Street-level byreacracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. Andra omarbetade uppl. New York: Russel Sage Foundation.

Martinell Barfoed, Elisabeth (2014) Standardiserad interaktion – en utmaning för socialt arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 21 (1): 4-23.

Polany, Michael (2013/1966) *Den tysta dimensionen*. Göteborg: Daidalos.

Runquist, Weddig (2012) *Legitimering av tvångsvård. Klienter och deras socialsekreterare om LVM*. Doktorsavhandling. Malmö: Égalité förlag.

Rennstam, Jens & David Wästerfors (2015) *Från stoff till studie. Om analysarbete i kvalitativ forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Samuelsson, Eva (2015) *Use or Misuse? Addiction Care Practitioners' Perceptions of Substance Use and Treatment*. Doktorsavhandling. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet

Skogens, Lisa (2012) ASI i retorik och praktik. *Socionomens forskningssupplement*, nr 32, s. 34-42.

Socialstyrelsen (2013) *Att ge ordet och lämna plats. Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2017a) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2017b) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Metodbeskrivning*. Bilaga. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2008:18. *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren*. Betänkande av Utredningen för en kunskapsbaserad socialtjänst.

SOU 2001:35. *Bättre insats vid missbruk och beroende. Individ, kunskapen och ansvaret*. Slutbetänkande av Missbruksutredningen.

Svensson, Kerstin, Eva Johnsson & Leili Laanemets (2008) *Handlingsutrymme. Utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur & Kultur.

Wallander, Lisa & Jan Blomqvist (2004) *Åt var och en vad hon behöver? En vinjettstudie av socialarbetares bedömningar och val av insatser vid missbruksproblem*. Stockholm: Socialtjänstförvaltningen, Forsknings- och utvecklingsenheten.

Wallander, Lisa & Jan Blomqvist (2005) *Vad styr vårdvalen? En faktoriell survey av faktorer som predicerar val av insats inom socialtjänstens missbruksvård*. Stockholm: Socialtjänstförvaltningen, Forsknings- och utvecklingsenheten.

Wörlén, Marie (2010) Att prioritera i socialtjänsten. Om kommunalt handlingsutrymme och beslutsfattande. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 17 (1): 28-45.

Bilaga 1. Informationsbrev om medverkan i intervju

Helsingborg i november 2018

Hej, Jag är socionomstudent vid Socialhögskolan, Lunds universitet (Campus Helsingborg). Jag kommer under höstterminen 2018 att skriva ett examensarbete (C-uppsats) om socialtjänstens planering av missbruksvård och hur man som socialsekreterare kommer fram till lämplig insats. Jag skulle därför vilja göra en enskild intervju med dig om din syn och erfarenheter kring detta. Jag räknar med att intervjun tar cirka 60 minuter.

Vid genomförandet av intervjun utgår jag från Vetenskapsrådets forskningsetiska principer vilka kortfattat innebär följande: Ditt deltagande i intervjun är frivilligt och du kan när som helst avbryta intervjun och dra tillbaka din medverkan eller avstå från att besvara en viss fråga. I uppsatsen kommer ditt namn att avidentifieras och detsamma gäller ort, arbetsplats och annan information som skulle kunna avslöja din identitet som medverkande socialsekreterare. Intervjun kommer att spelas in för att jag sedan på ett tillförlitligt sätt ska kunna analysera intervjuerna. Inspelat material kommer inte att finnas tillgängligt för någon obehörig. Så snart uppsatsen har godkänts av examinatorn kommer alla ljudfiler att förstöras.

Om ämnet låter intressant vore jag väldigt tacksamma om du vill låta dig intervjuas, eftersom dina erfarenheter är väsentliga för min studie. Kontakta mig om du har några frågor kring studien eller om något framstår som oklart. Min epost: adela.jus@hotmail.com

Jag hoppas att höra från dig! Du kan även kontakta min handledare Weddig Runquist, lektor på Socialhögskolan (e-mail: weddig.runquist@soch.lu.se, tel. xxxxx).

Stort tack på förhand!

Adela Jusufovic

E-post: adela.jus@hotmail.com

Bilaga 2. Intervjuguide

- Vilka faktorer anser du har betydelse för din och eventuellt också arbetsledningens bedömning vid valet av insats?
- Hur reflekterar du kring evidensbaserad åtgärder enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer?
- Hur ser du på följande aspekter, antingen enskilt eller tillsammans med andra, vid valet av insatser:

Ålder

Kön

Huvuddrog

Tid i aktivt missbruk

Grad av motivation

Anhörigas roll och synpunkter

- Finns det några eventuella begränsningar som du har i ditt arbete utifrån ditt handlingsutrymme när du planerar för insats?
- Klientens egna synpunkter och önskemål – i viken mån och på vilket sätt är de delaktiga i valet av insatser?
- Finns det några särskilda aspekter som påverkar valet av insatser i direkt anslutning till avslutad LVM-vård?
- Använder ni er av ASI, Dok eller annat standardiserat bedömningsinstrument? Vilket?
 - Hur mycket tas resultatet till hänsyn vid bedömning av insats?
 - Vad ser ni för för- och nackdelar med detta bedömningsinstrument?