

En vetenskaplig genomlysning av missbruksbehandlingen på HVB-hemmet Avstampet i Norr

Anu-Riina Svenlin, Björn Blom, Marcus Blom Nilsson & Robert Grahn



Umeå Centre for Evaluation Research
Evaluation Report, March 2024

Umeå Centre for Evaluation Research
Umeå University, Sweden

ISSN 1403-8056
ISBN 978-91-8070-368-0 (digital)

© UCER, Anu-Riina Svenlin, Björn Blom, Marcus Blom Nilsson & Robert Grahn

Innehållsförteckning

Redaktörens förord	2
Författarnas förord	3
Sammanfattning	4
1 Inledning, syfte och frågeställningar	6
1.1 <i>Avstampet i Norr</i>	7
1.2 <i>Alkohol- och narkotikamissbruk i Sverige</i>	8
1.3 <i>Vården av individer med missbruk och beroende – organisering och metoder</i>	9
1.4 <i>Utvärdering av missbruksvårdens organisering</i>	10
2 Grundantaganden för missbruksbehandlingen på Avstampet	12
2.1 <i>Stora Boken – behandlingens teoretiska och ideologiska utgångspunkt</i>	12
2.2 <i>Positiva resultat som utgångspunkt för genomlysning</i>	14
3 Studiens design och metod	15
3.1 <i>Design</i>	15
3.2 <i>KAIMeR-teorin som utgångspunkt för datainsamling och analys</i>	16
3.4 <i>Terapeutiska faktorer i den teoretiska referensramen</i>	17
3.5 <i>Fokusgruppintervjuer</i>	18
3.6 <i>Teoristyrd analys</i>	19
3.7 <i>Etiska överväganden</i>	19
3.8 <i>Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet</i>	19
3.9 <i>Studiens begränsningar</i>	20
3.10 <i>Studiens resultat i två steg – återkoppling till frågeställningarna</i>	21
4 Kontexter	22
4.1 <i>Samhällelig och kulturell kontext</i>	22
4.1.1 <i>Missbruk och beroenderelaterade problem i samhället över tid</i>	23
4.2 <i>Avstampet som biståndskontext</i>	24
4.2.1 <i>Direkta biståndsvillkor och grundantaganden som styr behandlingen</i>	24
4.2.3 <i>Stora Boken</i>	25
4.2.4 <i>Lärande organisation och personalens sammanhållning</i>	27
4.2.5 <i>Matchning av klienter</i>	28
4.3 <i>Avstampet och dess indirekta biståndskontext</i>	29
4.4 <i>Kontextuell förståelse av klienternas livsvärld</i>	31
5 Aktörer	33
5.1 <i>Personalen</i>	33
5.1.1 <i>Personalens drivkraft</i>	33
5.1.2 <i>Lagarbete</i>	33

5.1.3 Humanistisk människosyn	34
5.1.4 Relationsorientering	34
5.1.5 Tyst kunskap.....	35
5.2 Personalens syn på klienten som aktör och klientgruppens betydelse	35
5.2.1 Den individuella klienten som aktör.....	36
5.2.2 Klientgruppen som aktör.....	36
5.3 Remittent	37
6 Insatser	39
6.1 Insatsernas inramning	39
6.1.1 Det relationella arbetet med klienter.....	39
6.1.2 Modellinläring	40
6.1.3 Rutiner, regler och dagsprogram	40
6.4 Manualbaserade formella insatser.....	41
6.5 Informella insatser	42
6.6 Situationsanpassade insatser.....	44
6.7 Gruppinsatser.....	46
6.8 Klienternas handlingar och insatser.....	46
6.9 Socialarbetarinsatser.....	47
7 Resultat.....	49
7.1 Nuvarande resultatdefinition	49
7.2 Klienterna som håller kontakt med Avstampet efter avslutad behandling	50
7.3 Effekter	50
7.3.1 Ytaspekter – observerbara beteendeförändringar.....	51
7.3.2 Processaspekter – framväxande resultat.....	51
7.3.3 Djupaspekter – att förändras som människa	52
7.4 Selektion och resultat av behandlingseffekter.....	53
8 Mekanismer och terapeutiska faktorer.....	54
8.1 Sociala och psykologiska mekanismer.....	54
8.2 Terapeutiska faktorer och dess inverkan på Avstampets resultat.....	56
9 Sammanfattning och diskussion.....	57
9.1 Sammanfattade svar på frågeställningarna.....	57
9.2 Avstampets programteori.....	61
9.3 Matchningens betydelse för resultat.....	62
9.4 Förslag till vidareutveckling av Avstampets verksamhet.....	63
9.5 Reflektioner över KAIMEr-teorin och dess användbarhet.....	65
Referenser	66
Bilaga 1	73

Redaktörens förord

Sedan 2022 finns Umeå Centrum för Utvärderingsforskning (UCER) förlagt vid Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet. Aktiviteterna inom ramen för UCER rör utvärderingsforskning, forskningsbaserade utvärderingar och seminarier i utvärderingsforskning. Föreliggande rapport är den första rapporten som publiceras i UCER:s rapportserie sedan UCER:s placering vid Institutionen för socialt arbete.

Rapporten *”En vetenskaplig genomlysning av missbruksbehandlingen på HVB-hemmet Avstampet i Norr”* genomgick under hösten 2023 en granskningsprocess, där texten också diskuterades i ett seminarium inom ramen för UCER:s verksamhet. Granskningsgruppen bestod av följande forskare vid Umeå universitet: Lennart Sauer, lektor i socialt arbete, Anna-Lena Perdahl, lektor i socialt arbete, Jens Lindberg, docent i socialt arbete, Magnus Larsson, lektor i statsvetenskap, Johanna Sundqvist, lektor vid Enheten för polisiärt arbete. Till redaktör utsågs Marie-Louise Snellman, lektor i socialt arbete.

Efter granskningsförfarandet har författarna färdigställt rapporten med utgångspunkt i granskningsgruppens synpunkter och förslag. Rapporten är publicerad i DiVA (Digitala Vetenskapliga Arkivet) och finns nedladdningsbar via UCER:s hemsida.

Mars 2024

Marie-Louise Snellman, redaktör
Biträdande föreståndare UCER

Författarnas förord

Den här rapporten är ett resultat av en studie som genomfördes av en grupp forskare på Umeå universitet på uppdrag av HVB-hemmet Avstampet i Norr. Projektet påbörjades 2019 och avslutades i början av 2024 då rapporten publicerades. Under processen ändrade studien karaktär och fick en mer teoretisk inramning och därför kan slutresultatet beskrivas som en vetenskaplig genomlysning av Avstampets verksamhet. Anledningen till den långa tidsutdräkten för projektet var framför allt Covid-19 pandemin, som på olika sätt försvårade och därmed fördröjde forskarnas möjlighet att analysera insamlade data. Inledningsvis bestod forskargruppen av professor Björn Blom, universitetslektorerna Robert Grahn och Marcus Blom Nilsson. I början av 2022 utökades gruppen med postdoktor Anu-Riina Svenlin vilket gjorde att arbetet tog ny fart då arbetet med analys och rapportskrivning kunde ske mer koncentrerat. Anu-Riina Svenlin är huvudförfattare till denna rapport, men arbetet har hela tiden varit en kollektiv process där de olika konstellationerna av forskare har resonerat och samarbetat om de olika stegen i processen.

Projektet har saknat sedvanlig finansiering, i den meningen att det inte fanns några särskilda lönedel för att genomföra projektet. Finansieringen har primärt bestått i att forskarna har använt delar av sin ordinarie arbetstid, vilket låg i linje med deras yrkesmässiga motiv, till att genomföra studien. Projektets avgränsade ekonomiska och tidsmässiga resurser har satt gränser för vad som varit möjligt att göra, vilket läsare av rapporten bör ta i beaktande. Studiens empiriska material består av fokusgruppsintervjuer med personalen. På grund av oförutsedda omständigheter kunde vi inte inkludera klienter i detta projekt, vilket sannolikt skulle varit av stort värde.

För personalen på Avstampet var det av betydelse att få verksamheten undersökt för att kunna bevara och vidareutveckla sådant som fungerar bra, samt för att kunna åtgärda eventuella svagheter i verksamheten. Studien kan även fungera som en kompletterande ”varudeklaration” i relation till organisationer som anlitar Avstampet, men även för klienter och deras anhöriga. Mot bakgrund av att missbruksbehandling utifrån Minnesotamodellen (som bygger på AA:s tolvstegsprogram) är relativt vanlig i Sverige kan resultaten av genomlysningen även vara av intresse för andra liknande verksamheter. Forskarnas huvudsakliga motiv till att vilja genomföra studien handlade om att få ökad kunskap om institutionsbehandling av missbruk och i synnerhet tolvstegsbehandling, dvs. att få nya impulser från det sociala arbetets fält som kunde bidra till professionell utveckling i rollerna som forskare och lärare i socialt arbete. Ett viktigt incitament var dessutom att fortsätta testa och vidareutveckla KAIMEr-teorin som ursprungligen utvecklades av Björn Blom och Stefan Morén (Blom & Morén, 2010; 2015).

Denna rapport riktar sig till flera målgrupper: personalen på Avstampet, forskare och professionsutövare som är intresserade av verksamhetsbedömning och missbruksbehandling, i synnerhet institutionsbehandling och tolvstegsbehandling. Därutöver kan rapporten vara av intresse för beställare av institutionsbaserad tolvstegsbehandling, yrkesverksamma i olika typer av människobehandlande organisationer och studenter på socionomprogram och liknande professionsutbildningar. Vi vill tacka personalen på Avstampet som under processen deltagit på ett engagerat, intresserat och tålmodigt sätt. Stort tack till er alla!

Umeå mars 2024

Anu-Riina Svenlin, Björn Blom, Marcus Blom Nilsson & Robert Grahn

Sammanfattning

Syftet med den vetenskapliga genomlysningen var att undersöka hur, varför och under vilka förutsättningar HVB-hemmet Avstampet i Norr uppnår sina behandlingsresultat. Studien fokuserade på den primärbehandling mot missbruk enligt tolvstegsprogrammet och Recovery Dynamics som bedrivs vid Avstampet. Behandlingen är drog- och medicinfri.

Studiens design byggde på en *programteori*ansats med inslag av en måluppfyllelsemodell. Programteoriens användes för att ta fram en lokal och verksamhetsspecifik teori som beskriver, och i viss mån förklarar, *hur och varför Avstampet uppnår sina behandlingsresultat*. Med hjälp av en måluppfyllelseanalys granskades verksamhetens avsedda och uppnådda mål. Studiens teoretiska referensram bestod av KAIMEr-teorin och den kontextuella modellen vid terapeutisk behandling. Studiens data bygger på tre fokusgruppsintervjuer med personalen som genomfördes under perioden september 2019 till februari 2020.

Det övergripande resultat Avstampet eftersträvar är en långvarig stabil förändring och drogfrihet i klientens liv. Klienterna ska klara av motgångar och utmaningar utan att falla tillbaka i missbruk. I resultatbeskrivning kan man identifiera både kort- och långsiktiga resultat som kan ha en yt-, processuell- eller djupaspekt.

Recovery Dynamics och manualbaserade insatser utgör centrala delar i behandlingen men kompletteras av informella och situationsanpassade insatser samt gruppinsatser. De informella insatserna baserar sig på medlevarskap och är oftast icke-uttalade. Fyra olika typer av informella insatser kunde identifieras: bemötande och omtanke, fysisk beröring, upplevelser och att agera pedagogiskt/opedagogisk. Situationsanpassade insatser skräddarsys på basis av klienternas behov och de kan vara informella eller formella. Gruppinsatser grundar sig i den manualbaserade behandlingen där användningen av gruppssessioner är ett uttalat inslag.

I behandlingen ingår utomterapeutiska faktorer, dvs. behandlingselement som sker utanför Avstampets väggar. Klienterna deltar i AA/NA-möten som ordnas i närområdet. Personalen hjälper klienten med saker som hör till klienternas privatliv. Man uppmuntrar också både klienten och handläggaren att ha kontakt under tiden klienten är på behandlingshemmet. Dessutom är utomterapeutiska faktorer ”inbyggda” i tolvstegsbehandlingen, i och med att de sista stegen (efter primärbehandling) innebär att gå ut i samhället och stötta andra individer i aktivt missbruk.

Personalen har en klar uppfattning om vilka antaganden som styr behandlingen och som formar deras förhållningssätt till klienterna. Man utgår från att beroende är en sjukdom med fysiska, mentala och känslomässiga inslag och att behandlingen ska vara fri från mediciner och droger. Personalens handlingar utgår från ett relationellt förhållningssätt och medlevarskap och varje klient har en egen kontaktperson. Ett centralt antagande är att klienten ska lära sig nya verktyg under behandlingen, vilket personalen undervisar om, och att klienten förväntas ta ansvar för sin förändringsprocess, men med vägledning från Avstampet. Klienterna förväntas också stötta varandra under processen och delta i matchningsprocessen av nya klienter.

I studien identifierades fyra främjande kontextuella faktorer: 1) att det på Avstampet finns strikta regler och en tydlig vardagsstruktur som stödjer klienternas förändringsprocess; 2) verksamhetens småskalighet, dvs. att det endast finns 10 platser; 3) personalens starka sammanhållning, laganda och gemensamma synsätt på beroendevård och relationens betydelse för en lyckad behandling; 4) att personalen har god kännedom om, och förståelse för, den kontext klienterna kommer ifrån och att klientens livsvärld utanför behandlingshemmet beaktas vid behov under behandlingen. I studien identifierades inga kontextuella faktorer som direkt motverkar behandlingsresultaten.

1 Inledning, syfte och frågeställningar

I januari 2019 kontaktade HVB-hemmet Avstampet i Norr (Avstampet), professor Björn Blom vid Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet i syfte att initiera en granskning av Avstampets verksamhet. Den initiala ambitionen var att fokusera på Recovery Dynamics (RD), som är en behandlingsmetod mot missbruk som baserar sig på tolvstegsbehandling och som Avstampet använt under några år. I en inledande dialog blev det klart att Avstampet hade en relativt bred repertoar av stödjande och behandlande insatser, som ofta användes mer eller mindre parallellt för att stödja och behandla en specifik klient. Av den anledningen var det, i metodologisk mening, svårt att urskilja specifika insatser och dess effekter i Avstampets ordinarie verksamhet. En effektutvärdering av en specifik insats skulle ha krävt ett annat upplägg, och i anslutning till det fordra resurser som inte fanns tillgängliga i detta fall. Det bestämdes därför att studien skulle ha en inkluderande ansats som mer förutsättningslöst identifierade och analyserade olika insatser, resultat samt de grundläggande antaganden som styr verksamheten på Avstampet. I projektet kombinerades en måluppfyllelseanalys med en programteoriinsats.¹ Dessutom ändrade studien karaktär under processen och fick en mer teoretisk inramning, därför kan slutresultatet beskrivas som en vetenskaplig genomlysning av Avstampets verksamhet. Studien hade avgränsade målsättningar, men den bedömdes ha potential att fungera som utgångspunkt för en mer omfattande undersökning vid ett annat tillfälle. Givet de premisserna skapades en forskargrupp bestående av professor Björn Blom, fil. dr. Marcus Blom Nilsson och fil. dr. Robert Grahn vid Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet. Från och med mars 2022 kom gruppen att utökas med fil. dr. Anu-Riina Svenlin, som är huvudförfattare till denna rapport.

Syftet med den vetenskapliga genomlysningen är att undersöka hur, varför och under vilka förutsättningar Avstampet uppnår sina behandlingsresultat. Studiens fokus är den primärbehandling mot missbruk som bedrivs vid Avstampet. Det vill säga alla tolv stegen enligt tolvstegsprogrammet² som genomförs utifrån Recovery Dynamics.

Studiens syfte preciserades i sju övergripande frågeställningar:

1. Vilka kontextuella faktorer (i och utanför verksamheten) främjar eller motverkar Avstampets behandlingsresultat, och på vilket sätt?
2. Vilka antaganden (om missbruk, insatser och resultat) påverkar personalens handlingar?
3. Vilka antaganden (om missbruk, insatser och resultat) påverkar klienternas handlingar och förändring under tiden på Avstampet?
4. Vilka aktörer gör insatser på Avstampet och hur samspelar olika aktörers insatser?
5. Vilka insatser görs på Avstampet? Vad är innehållet i insatserna?
6. Vilka resultat eftersträvas, och vilka resultat uppnår Avstampet?
7. När, hur och av vem bedöms resultaten (måluppnåelse)?

¹ Undersökningens design beskrivs mer utförligt i avsnitt 3.1 Design.

² En närmare redogörelse för innebörden av tolvstegsbehandling på Avstampet återfinns i kapitel 2.

1.1 Avstampet i Norr

HVB-hemmet Avstampet i Norr tar emot män från 18 år och uppåt med begynnande eller pågående missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel, och spelmissbruk. Avstampet tar även emot personer som är kriminellt belastade, personer med social problematik och personer med missbruk i kombination med psykisk ohälsa.³ Behandlingen har sedan starten 1998 bestått av tolvstegsbehandling som baseras på Anonyma Alkoholisters (AA) behandlingsfilosofi. AA som organisation är dock helt fristående från professionell tolvstegsbehandling, som vanligtvis sker i grupp, antingen på behandlingshem eller inom öppenvård och varierar i omfattning och intensitet (SBU, 2021).

Trots att tolvstegsbehandling, generellt sett, tycks ge goda resultat så arbetar inte alla verksamheter som bedriver tolvstegsbehandling enligt samtliga tolv steg. Paradoxalt nog arbetar de flesta behandlingsverksamheterna endast med de tre första stegen. Emellertid omfattar de tre första stegen behandlingsens mest centrala inslag. Den vanliga förekommande primärbehandlingen varar i tre månader och fokuserar uteslutande på de tre första stegen med tonvikt på det första steget (Johnson, Richert & Svensson, 2017). Sedan ett par år har dock flera behandlingsverksamheter i Skandinavien börjat arbeta manualbaserat med samtliga steg i tolvstegsbehandling. Den behandlingsmetoden benämns Recovery Dynamics (RD), och den användes också på Avstampet när genomlysningen gjordes 2019-2020. RD är ett amerikanskt manualbaserat tolvstegsprogram. Modellen bygger på att man har en generell behandlingstid på tre månader och uppåt, för att ge klienten möjlighet att arbeta med hela programmet under behandlingstiden (The Kelly Foundation, 2023).

Även behandlingen på Avstampet omfattade tidigare enbart de tre första stegen. Numera är målsättningen att de klienter som kommer till Avstampet ska ges möjlighet att arbeta med alla 12 stegen under behandlingstiden, som är 3-6 månader. Steg 1-3 handlar om att klienten ska identifiera sin beroendeproblematik, se möjligheter till, och besluta sig för en livsstilsförändring med målet att bli drogfri. I steg 4-9 ligger fokus på självinsikt, man arbetar med en helandeprocess och att säkra upp den yttre tillvaron. De sista stegen 10-12 fokuserar på underhålls- och återfallsprevention, daglig användning av ”verktyg” för att hantera livet och dess känslomässiga påslag, utslussning till skola, praktik och arbete (Avstampet, 2023).

Efter behandlingen finns möjlighet till växelvård, då man under en tid alternerar mellan att vara i eget hem eller i en träningslägenhet och på behandlingshemmet, och utslussning. Avstampet erbjuder också eftervård. I eftervården ingår möjlighet att återkomma till Avstampet för fördjupnings- och eftervårdsveckor under en tid av elva månader efter det att behandlingen avslutats. Det generella upplägget innebär att klienterna återkommer för en fördjupningsvecka var femte vecka. I relation till klienterna använder personalen benämningen ”Fortsatt behandlingsgrupp” om

³ Individer med substansmissbruk och beroende löper en förhöjd risk att drabbas av olika följdsjukdomar och parallella ohälsotillstånd. Bland individer som söker stöd, utreds och bedöms för alkohol- eller narkotikaproblem inom socialtjänsten har exempelvis mer än varannan erfarenhet av att ha vårdats inom den psykiatrisk slutenvården, s.k. samsjuklighet. Detta är allvarligt med hänsyn till att samsjuklighet är förenad med en högre förekomst av riskbeteende, kriminalitet och sociala problem som ensamhet, arbetslöshet men även hemlöshet (EMCDDA 2016; Padyab & Grahn 2023; SKR, 2023; Socialstyrelsen 2017b; SOU 2021:93).

eftervård. Eftervården innebär inte att behandlingen är slut, men att klienten själv tar ett större ansvar för sitt fortsatta tillfrisknande.

I behandlingen på Avstampet görs inte skillnad mellan kemiska droger (narkotika, alkohol och mediciner) eller s.k. processdroger (shopping, träning, mat, sex etc.). Behandlingen kombinerar gruppsessioner med ADL-träning⁴ och andra aktiviteter. Exempel på insatser som nämns på Avstampets hemsida är: Licensierat behandlingsprogram (Recovery Dynamics), Kriminalitetsprogram, Återfallsprevention, Gruppbehandling, Individuell samtalsterapi, Psykoterapisamtal steg 1, ASI-utredning, Halvvägsboende och Eftervård (Avstampet, 2023). Behandlingen har således också (psyko)terapeutiska inslag.

1.2 Alkohol- och narkotikamissbruk i Sverige

För att sätta Avstampets verksamhet i ett större sammanhang är det angeläget att förstå alkohol- och narkotikamissbruket på en nationell nivå och att omfattningen av det varierar. Variationen beror delvis på skillnader i definitionen av alkohol- och narkotikamissbruk, de metoder som används för mätning samt den typ av data som ligger till grund för uppskattningarna. Det är viktigt att ha det i åtanke i vår genomlysning av Avstampet och det arbete verksamheten utför.

Mellan 2004 och 2018, minskade alkoholkonsumtionen i Sverige med 17 procent per person över 15 år, mätt i liter ren alkohol (CAN 2019b). När det gäller *riskkonsumtion* av alkohol uppskattas det att mellan 30 och 40 procent av den vuxna befolkningen i Sverige konsumerar alkohol på ett sätt som utgör en betydande risk för deras hälsa (Ramstedt & Guttormsson, 2024). I jämförelse uppskattas 780 000 individer konsumera alkohol i sådan omfattning att det kan definieras som *missbruk* eller *beroende* (Socialstyrelsen, 2019).

Gällande antalet individer som missbrukar eller är beroende av narkotika i Sverige finns indikationer på att användningen av narkotika har ökat (CAN, 2019b). Utifrån data presenterat av CAN framgår att omkring 140 000 personer mellan 17 och 84 år har någon form av substansbrukssyndrom enligt DSM-5, orsakat av konsumtion av narkotikaklassade preparat och/eller läkemedel (CAN, 2020). Parallellt med att bruket av narkotika ökat har även missbruket ökat. Det är dock ett påstående som bör tas med viss försiktighet med hänsyn till att det inte finns några direkta mått över narkotikautvecklingen i Sverige. Det innebär att man, för att kartlägga narkotikamissbruket, måste utgå från indikativa källor. Med indikativa källor avses uppgifter som *indirekt* speglar omfattning och effekter av missbruk, exempelvis sjuk- eller dödlighetsstatistik, tullbeslag etc. Utifrån indikativa mått blir det dock tydligt att narkotikamissbruket ökat (CAN, 2019b).

Trots avsaknaden av direkta mått finns alltså mycket som talar för att narkotika har blivit både mer tillgängligt och att missbruket ökat. Därtill är även tillgången på narkotika fortsatt hög i Sverige såväl som hela EU-området (CAN, 2019a; EMCDDA, 2021). Det är en utveckling som kopplas samman med ett större utbud, lägre priser och en förändrad syn på narkotika (CAN, 2019a; 2019b). Den höga tillgången till

⁴ ADL är en förkortning av Allmän daglig livsföring (ADL), alternativt anpassning i dagligt liv eller aktiviteter i dagligt liv. ADL-träning innebär träning av vardagliga aktiviteter som en individ måste behärska för att kunna ha ett självständigt vardagsliv.

narkotika förklaras även av att så kallade nya psykoaktiva substanser (NPS) – internetdroger – blivit allt vanligare. Tillgången förklaras även genom globalisering, dvs. ökad handel och rörelse mellan länder i kombination med minskade gränskontroller (CAN, 2012; Soussan & Kjellgren, 2019). Utifrån befintliga källor framgår att det i Sverige finns ett betydande behov av fungerande behandling för både alkohol- och narkotikamissbruk.

1.3 Vården av individer med missbruk och beroende – organisering och metoder

Svensk missbruksvård regleras på nationell nivå, men organiseras, finansieras och erbjuds framför allt av lokala och regionala aktörer. När det gäller tvångsvård enligt LVU och LVM så organiseras missbruksvården av Statens institutionsstyrelse. Socialtjänsten i kommunerna har huvudansvaret för missbruksbehandling tillsammans med regionerna som har ansvar för den medicinska behandlingen. Ungefär 40 procent av missbruksbehandlingen köper kommunerna för tillfället av privata aktörerna (Storbjörk, Antonsson & Stenius, 2019.)

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende (2019) rekommenderas i första hand motivationshöjande behandling (MET), kognitiv beteendeterapi (KBT) eller återfallsprevention, community reinforcement approach (CRA), social behaviour network therapy (SBNT) eller tolvstegsbehandling, eftersom dessa metoder har bäst bevisad effekt.

Tolvstegsbehandling enligt Minnesotamodellen är en av de vanligaste behandlingsmetoderna vid substansmissbruk i Sverige (Armelius & Armelius, 2022; Bergmark & Oscarsson, 2000). Den har använts i Sverige sedan början av 1980-talet (Föreningen för Minnesotamodellen i Sverige, 1995). Resultaten är relativt goda och socialtjänsten i många kommuner remitterar ofta sina klienter till HVB-hem eller egen öppenvård som erbjuder tolvstegsbehandling. I SBU:s (2021) sammanfattning och kommentar av den systematiska översikten ”Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder” (Kelly, Humphreys & Ferri, 2020), konstateras att kliniskt levererad tolvstegsbehandling som syftar till att öka AA-deltagandet vanligtvis leder till bättre resultat än andra vanliga behandlingsmetoder som KBT och MET, när det gäller varaktig nykterhet upp till 36 månader efter avslutad behandling. Effekten uppnås till stor del genom att främja ökat AA-deltagande under och efter avslutad tolvstegsbehandling. Tolvstegsprogram, både med och utan manualstöd, kan vara minst lika effektiva som andra behandlingar för en rad alkoholrelaterade utfallsmått, utöver nykterhet. Dessutom leder tolvstegsprogram förmodligen till betydande kostnadsbesparingar jämfört med andra behandlingsinsatser (SBU, 2021).

Sammantaget illustrerar detta att Avstampet är tämligen representativ för svensk missbruksvård. Det framgår att tolvstegsbehandling är en av de insatser som rekommenderas av Socialstyrelsen, samt att missbruksbehandling utförd av privata aktörer är vanligt förekommande.

1.4 Utvärdering av missbruksvårdens organisering

Under de senaste två decennierna har den svenska missbruksvården genomgått två omfattande utvärderingar med fokus på förbättrade behandlingsmetoder och stöd för personer som lider av missbruk. Gerhard Larsson fick 2008 i uppdrag av den dåvarande Reinfeldt-regeringen att titta på den samlade missbruks- och beroendevården. Slutsatsen blev att vårdsystemet bör reformeras och att regionerna bör ha huvudansvaret medan kommunerna ansvarar för stödinsatserna (Lissener, 2023; SOU 2011:6). Under remissförfarandet stötte Larssons utredning på motstånd och flera tunga aktörer ställde sig inte bakom förslaget, däribland dåvarande SKL, nuvarande SKR (Sveriges kommuner och regioner). Den huvudsakliga kritiken som framfördes mot utredningen var att man ansåg att förslaget skulle försvaga socialtjänstens roll i missbruksvården samt att det fanns en påtaglig risk att förslaget skulle leda till en medikaliserad syn av missbruks- och beroendefrågan, och då till nackdel för psykosociala behandlingsmetoder (Von Wright, 2021). Effekten av utredningen blev ytterst modest och endast några få områden arbetades vidare med. Utredningens huvudsakliga förslag, att vården skulle samlas under en och samma huvudman, genomfördes aldrig.

Vid sidan av expansionen av LARO (läkemedelsrehabilitering vid opioidberoende), som påbörjades under senare delen av 2000-talet och fortsatte under 2010-talet som ett resultat av reviderat regelverk, skedde inga större förändringar på 2010-talet i vården av individer med missbruk och beroende. I slutet av 2010-talet gjordes flera uppmärksammade mediareportage om personer med samsjuklighet, missbruk och beroende samt samtidig psykiatrisk sjukdom. Reportagen fick stort medialt genomslag, och den 17 juni 2020 beslutade regeringen att ge i uppdrag åt en särskild utredare att föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende samt annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd (SOU 2023:5).

I delbetänkandet *Från delar till helhet - En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser för personer med samsjuklighet* (SOU 2021:93) landade man i rekommendationen att all behandling av missbruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård. Av de tio bärande delarna i utredningen framgår även att regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende (HVB). Det är ett förslag som kontrasterar mot den nuvarande ordningen, där ansvaret ligger på kommunerna. Till skillnad från Larssons utredning ställer sig de myndigheter, organisationer, kommuner och övriga som ombetts svara på remissen SOU (2021:93) bakom de förslag som utredningen presenterat, med reservation för att några av de tio bärande delarna inte får ett enhälligt stöd. Till exempel stöder inte IOGT-NTO förslaget om en mer enhetlig begreppsapparat där begreppet skadligt bruk föreslås i stället för missbruk. Man menar att begreppet skadligt bruk antyder att det finns ett icke-skadligt bruk, vilket inte är fallet vad gäller exempelvis alkohol. I sin argumentation pekar de på forskning som visar att all konsumtion av alkohol ökar risken för vissa cancerformer (IOGT-NTO, 2022).

Slutbetänkandet (SOU 2023:5) landar i allt väsentligt i samma övergripande slutsatser som delbetänkandet (SOU 2021:93). Utredningen pekar bland annat ut

HVB (Hem för vård och boende) som ett område som bör reformeras. Enligt utredningen ska socialtjänsten ha fortsatt ansvar för biståndsbeslut om placeringar på HVB medan regionerna får betalningsansvar för hälso- och sjukvårdsinsatserna, inklusive psykosocial behandling. Det är ett förslag som överensstämmer med Missbruksutredningens (SOU 2011:6) konklusioner.

Samsjuklighetsutredningens (SOU 2023:5) förslag om att skifta huvudmannaskapet för HVB är ett exempel på en förändring av villkoren som direkt kan påverka Avstampets verksamhet. Detta beror på att Avstampets verksamhet klassificeras som HVB, vilket är ett av de tio områden som Samsjuklighetsutredningen föreslår bör reformeras. Vi knyter an till detta resonemang i avsnitt 4.1 eftersom det handlar om en del av verksamhetens samhälleliga kontext som har betydelse för Avstampet både när denna studie gjordes och i framtiden.

2 Grundantaganden för missbruksbehandlingen på Avstampet

I detta kapitel ges en närmare beskrivning av de teoretiska antaganden som tolvstegsbehandlingen bygger på, samt bakgrund och motiv till att Avstampet önskade få sin verksamhet undersökt.

2.1 Stora Boken – behandlingens teoretiska och ideologiska utgångspunkt

Den primära utgångspunkten i den behandling som Avstampet bedrev under den period då studien gjordes, var *Stora Boken*⁵ där Anonyma alkoholisters (AA) tolv steg sammanfattas och *Recovery Dynamics* manualen (The Kelly Foundation, 2023). Genom att använda dessa säkerställer Avstampet att de följer tolvstegsprogrammet så som det står beskrivet i Anonyma Alkoholisters ursprungliga tolvstegsprogram.

Stora Boken är AA:s grundtext, som första gången publicerades 1939 av Alcoholic Anonymous i USA. Boken, som utgavs i svensk version 1974, har titeln *Anonyma Alkoholister*. Den författades i huvudsak av Bill Wilson som var en av AA:s grundare, men innehållet godkändes av hundra personer som kommit till rätta med alkoholism med hjälp av AA:s program. Stora Boken kan sammanfattas som en vägledning för att lyckas bemästra alkoholism genom att nå en högre andlig nivå.

I boken beskrivs bland annat alkoholismens tre huvudaspekter ur AA:s perspektiv: en fysisk allergi, en mental besatthet och en kronisk medicinsk sjukdom.⁶ Boken består av olika AA-medlemmars personliga berättelser om hur de började dricka alkohol, levde som alkoholist men sedermera slutade använda alkohol. En central del i Stora Boken är beskrivningen av ett tolvstegsprogram som visar hur en person ska kunna tillfriskna från alkoholism, med instruktioner om tillvägagångssättet, steg för steg. De tolv stegen är:

1. Vi erkände att vi var maktlösa inför alkoholen – att våra liv hade blivit ohanterliga.
2. Kom till tro att en Kraft större än vi själva kunde återge oss mental hälsa.
3. Beslöt att överlämna vår vilja och våra liv till Guds omsorg, sådan vi uppfattade Honom.

⁵ Stora boken är en informell term som ofta används inom AA-rörelsen för att hänvisa till boken "Anonyma alkoholister". Den kallas Stora Boken eftersom dess budskap utgör grunden för tolvstegsbehandlingen och tolvstegsrörelsen. Huvudbudskapet i boken är att återhämtning från alkoholism kräver både personlig förändring och stöd från en gemenskap, och att denna process är både andlig och praktisk.

⁶ I rapporten används begreppet sjukdom i flera sammanhang; bl.a. medicinsk sjukdom, beroendesjukdom, mentalsjukdom och psykisk sjukdom. Benämningarna härrör från referenser till vad som står i Stora Boken, från intervjuer samt forskarnas tolkningar av personalens utsagor. En observation är att personalens användning av sjukdomsbegreppet förefaller variera och stundtals vara mer omfattande än vad som står i Stora Boken. Dessutom är det oklart i vilken utsträckning det sjukdomsbegrepp som används överensstämmer med det sjukdomsbegrepp som används inom hälso- och sjukvården. Författarna till denna rapport har inte tagit ställning för ett specifikt sjukdomsbegrepp utan fokuserat på hur det används på Avstampet, eftersom det är ett centralt antagande som antas påverka både insatser och resultat.

4. Gjorde en grundlig och orädd moralisk inventering av oss själva.
5. Erkände inför Gud, oss själva och en annan människa den exakta innebörden av våra fel.
6. Var helt och hållet beredda att låta Gud avlägsna alla dessa karaktärsdefekter.
7. Bad Honom ödmjukt att avlägsna våra brister.
8. Gjorde upp en lista över alla personer vi hade gjort illa och blev villiga att gottgöra dem alla.
9. Gottgjorde så långt möjligt dessa människor personligen, utom då det skulle kunna skada dem eller andra.
10. Fortsatte att göra personlig inventering och erkände genast när vi hade fel.
11. Sökte genom bön och meditation att förbättra vår medvetna kontakt med Gud, *sådan vi uppfattade Honom*, varvid vi endast bad att få kunskap om Hans vilja med oss och styrka att utföra den.
12. När vi, som resultatet av dessa steg, hade haft ett andligt uppvaknande, försökte vi föra detta budskap vidare till alkoholister och tillämpa dessa principer i alla våra angelägenheter.

Sammanfattningsvis handlar steg ett om att definiera problemet, steg två fokuserar på lösningen, och steg tre till tolv syftar till ett andligt uppvaknande (Anonyma Alkoholister, 2017; McQ, 2018).

I stora drag kan innehållet i Stora boken både betraktas som en *teori* (en text som beskriver och förklarar missbruk och vägen ut ur missbruket) och en *ideologi* (en text som anger hur man ska leva/agera under och efter behandlingen) beroende på ur vilket perspektiv Stora Boken betraktas. För personer i Avstampets personalgrupp som inte har egen erfarenhet av missbruk representerar innehållet en teori, för personal med eget tidigare missbruk och för klienterna representerar Stora boken och dess innehåll även en ideologi.⁷

Recovery Dynamics utgår från, och är en operationalisering eller konkretisering av, Stora Boken, som syftar till att mer handgripligen beskriva hur klienten ska genomgå alla 12 steg under behandlingen. Recovery Dynamics är således ett manualbaserat tolvstegsbehandling som består av *manualer för gruppledaren*, som guidar yrkesverksamma genom 28 gruppssessioner samt *handböcker åt klienter*. I materialet för klienter ingår bland annat definitioner, illustrationer och diagram som klienterna använder under gruppssessioner, samt *utvärderingsmaterial* i form av arbetsböcker. Till exempel quiz om det material som tas upp i Stora Boken och i gruppssessioner, samt andra terapeutiska verktyg som familje- och arbetshistoria (The Kelly Foundation, 2023).

⁷ *Teori* är en generaliserad uppsättning idéer som på ett organiserat sätt beskriver och förklarar världen omkring oss. En teori i socialt arbete är något som kan hjälpa oss att utföra och förstå socialt arbete (Payne, 2015). *Ideologi* är ett system av föreställningar om världen och den mänskliga naturen som hålls av någon grupp människor som ger upphov till deras sätt att leva (Stevenson, Haberman, Wright & Witt, 2017).

2.2 Positiva resultat som utgångspunkt för genomlysning

Avstampet i Norr är en av de verksamheter som börjat arbeta med Recovery Dynamics i Sverige. Muntliga uppgifter från personal på Avstampet⁸ indikerar betydande positiva skillnader i behandlingsutfall sedan verksamheten övergick från Minnesotamodellen till Recovery Dynamics. Enligt personalens bedömning uppnådde tidigare ungefär 20 procent av klienterna drogfrihet efter avslutad behandling, nu uppnår uppskattningsvis 75-80 procent av klienterna drogfrihet. Enligt årliga externa mätningar av placerande handläggares nöjdhet, uppskattar handläggarna Avstampets verksamhet i flera olika avseenden (SSIL 2018; 2019; 2020; 2021; 2022). De externa mätningarna har här antagits ge stöd åt personalens utsagor om verksamheten. Bedömningen av Avstampets behandlingsutfall ligger även i linje med de generella slutsatser om tolvstegsbehandling som dragits av Socialstyrelsen och SBU (se avsnitt 1.3).

De positiva erfarenheterna av Recovery Dynamics och det faktum att Avstampet fått höga poäng i SSIL:s kvalitetsindex flera år i rad väckte personalens intresse av få verksamheten belyst på ett mer ingående sätt. En utgångspunkt för studien blev därför att verksamheten fungerar relativt bra, och det i två hänseenden: dels att Avstampet uppnår positiva behandlingsresultat enligt personalens uppfattning, dels att remitterter är väldigt nöjda med verksamheten.⁹ Den studie som redovisas i denna rapport har alltså inte fokuserat på att undersöka *om* verksamheten fungerar bra, eftersom det var en utgångspunkt i detta fall. Målet var att skaffa en bättre uppfattning rörande de resultat som uppnås och de insatser som genererar dessa resultat. Den primära ambitionen var att undersöka *hur, varför och under vilka förutsättningar Avstampet uppnår sina behandlingsresultat*, dvs. studien hade en förklarande ambition.

Redan från början fanns dock en medvetenhet om att projektet, med nödvändighet, skulle komma att tangera huruvida Avstampet fungerar mer eller mindre bra. Detta då det i princip är mycket svårt att avstå från sådana omdömen i samband med datainsamling och analys. Oavsett om de siffror som presenterades muntligt för forskarna i början av processen är exakta eller inte, var den dåvarande uppfattningen bland Avstampets personal att resultaten har förbättrats med det nya arbetssättet. Det rådde dock viss osäkerhet om hur stor förbättringen har blivit, och i vilken utsträckning det är Recovery Dynamics som bidrar till förbättrade resultat. Några av de frågor som de positiva resultaten reste var:

- Hur samverkar olika typer av insatser på Avstampet?
- Vilken betydelse har behandlingen i sig, jämfört med andra faktorer som till exempel: det sociala klimatet på behandlingshemmet, personalens engagemang, positiva förväntningar och relationer?
- Vilka kontextuella faktorer, i och utanför Avstampet, bidrar till resultaten?

Dessa frågor har också legat till grund för undersökningsdesignen (se kapitel 3). Studien har fokuserat på Avstampets primärbehandling som tar 3-6 månader och som omfattar alla 12 steg som genomförs utifrån Recovery Dynamics.

⁸ 2019-04-02

⁹ Personer (fr.a. i kommuner och Kriminalvård) som remitterar klienter till Avstampet.

3 Studiens design och metod

3.1 Design

Studiens design bygger primärt på en *programteori* (Blom & Morén, 2015), men den har inslag av måluppfyllelsemodellen (Vedung, 2011). Programteoriens syfte är i detta sammanhang att ta fram en lokal och verksamhetsspecifik teori som beskriver, och i viss mån förklarar, *hur och varför Avstampet uppnår sina behandlingsresultat*. Genom att komplettera med inslag av en måluppfyllelseanalys riktar studien även ljuset mot olika aspekter rörande avsedda och uppnådda mål.

En programteori fokuserar på underliggande antaganden för ett program eller en verksamhet och hur de leder till resultat (Weiss, 1998). En programteori består av en uttalad (explicit) teori eller modell av hur programmet uppnår önskade resultat (Rogers, Petrosino, Huebner & Hacsı, 2000). Det innebär att en programteori är både av beskrivande och förklarande karaktär gällande hur resultat åstadkoms via programmet/verksamheten. Vidare skriver Chen (1990, s. 43) att programteori är *”en specifikation av vad som måste göras för att uppnå de önskade målen, vilka andra viktiga effekter som också kan förväntas och hur dessa mål och effekter kan genereras”*. Chen (1990) menar att programteori består av två delar: normativ och kausativ teori. Normativ teori beskriver programmet som det bör vara, vilket avser önskvärda mål och resultat samt hur insatserna bör genomföras för att nå dessa mål och resultat. Kausativ teori avser empiriskt baserade antaganden om hur verksamheten faktiskt fungerar samt under vilka villkor som man sannolikt kan uppnå vissa resultat.

En grundläggande teoretisk utgångspunkt för projektet var således att kunskap om personalens antaganden om verksamheten kan läggas till grund för en programteori som i viss mån förklarar hur verksamheten fungerar och hur resultat (klienteffekter) uppnås. I enlighet med måluppfyllelsemodellen (Vedung, 2011) var en annan utgångspunkt att identifiera verksamhetens (Avstampets) mål, och att försöka bedöma i vilken utsträckning insatserna (behandlingen) leder till uppsatta mål.

Studiens teoretiska referensram består av två teorier: *KAIMeR-teorin* samt *Den kontextuella modellen vid terapeutisk behandling*. Dessa teorier valdes för att de sammantaget kan användas för att undersöka hur Avstampet som verksamhet fungerar och vilka inslag som är verksamma i behandlingen. KAIMeR-teorin beaktar, i generisk mening, samtliga element som är centrala för att förstå och förklara hur och varför en organisation som bedriver socialt arbete fungerar. Den kontextuella modellen fokuserar specifikt på vilka gemensamma faktorer som är verksamma vid terapeutisk behandling, såsom behandling av missbruk. Den kontextuella modellen är dessutom lämplig eftersom behandlingen på Avstampet även kan inbegripa psykoterapeutiska inslag (Avstampet, 2023). I de följande avsnitten beskrivs dessa teorier mer ingående.

3.2 KAIMEr-teorin som utgångspunkt för datainsamling och analys

Datainsamling och analys har primärt utgått från KAIMEr-teorin (Blom & Morén, 2015).

KAIMEr är en begreppsram och teoretisk modell som kan användas för att förklara hur socialt arbete fungerar i praktiken. Ordet KAIMEr består av fem begrepp och övergripande antaganden som tillsammans ger en principiell förklaring till hur resultat i socialt arbete uppstår:

Under olika Kontextuella förhållanden	(K)
gör olika Aktörer	(A)
olika Insatser	(I)
som utlöser eller utlöses av olika Mekanismer	(Me)
som genererar kortsiktiga och långsiktiga Resultat	(R)

KAIMEr-teorin kan användas för att analysera enskilda program och utveckla programteori (Blom & Morén 2015). Detta var också utgångspunkten för användningen av KAIMEr i studien av Avstampets verksamhet. I praktiken har alla fem begrepp beaktats vid planering, genomförande och analys av fokusgruppsintervjuer för att skapa en helhetsbild av verksamhetens centrala delar. Figur 1. ger en överblick av teorins struktur och innehåll. KAIMEr-teorins fem begrepp är ordnade och exemplifierade i figuren (se bilaga 1).

I KAIMEr-teorin riktar begreppet kontext uppmärksamheten mot den omgivning där verksamheten (biståndskontext) finns, men också mot klientens livsvärld och vardag. I kontextbeskrivningen beaktas även en samhällelig och kulturell kontext i vilken de två övriga är inbäddade. Med klientens livsvärld åsyftas den kontext där klienten lever i sin vardag. Den omfattar både den fysiska miljön, samt alla sociala utmaningar och problem som präglar klientens liv. I biståndskontexten finns den implicita programteori (de outtalade antaganden) som styr verksamheten. Biståndskontext kan indelas i direkt och indirekt biståndskontext. Direkt biståndskontext och dess villkor består av den fysiska och sociala "miljön" där personalen och klienterna dagligen möter varandra. Den omfattar verksamhetens "inre"/arbetsorganisation, organisering, placering, interiör, samarbetsklimat osv. Indirekt biståndskontext påverkar verksamheten mer eller mindre på distans. Exempel på indirekta biståndsvillkor är lagstiftning, lokala politiska beslut, administrativa styrsystem och förhållanden vid placerande organisationer som socialtjänsten. Ett syfte med den här genomlysningen är identifiera och rekonstruera delar av båda för att kunna sammanfatta Avstampets explicita programteori (jfr Blom & Morén, 2015).

Aktörsbegreppet tar fasta på vilka aktörer som är involverade i förändringsprocessen samt deras formella egenskaper. Utöver det som innefattar aktörsbegreppet enskilda personers antaganden om människan, samhället och socialt arbete (Blom & Morén, 2015).

Begreppet insatser omfattar i KAIMEr-teorin bland annat de insatser som görs av socialarbetare och andra insatsgivare, som behandlare. Det kan bestå av sådant som metoder, arbetssätt, tekniker och förhållningssätt. Insatser avser även det som klienterna själva gör under processen, exempelvis ansträngningar, förhållningssätt, överväganden och val. Insatser går i teoretisk mening även att dela upp i formella respektive informella insatser (Blom & Morén, 2015).

KAIMeR-teorins resultatbegrepp består av flera nivåer. Med ytaspekter avses beteendeförändringar som är direkt observerbara, men som inte nödvändigtvis innebär en mer genomgripande attitydförändring. Djupaspekter syftar på förändringar av självbild, omvärldsuppfattning och sätt att relatera till andra människor. Processaspekter markerar att förändringar växer fram och att de inte alltid kan ses som ett slutligt steg. Utöver det kan yt-, process-, och djupaspekter delas in i generella och specifika aspekter. Med generella aspekter åsyftas sådana effekter som är rimliga att föreställa på förhand. Specifika aspekter avser effekter som är svåra att förutse och som har en individuell karaktär (Blom & Morén, 2015).

Begreppet mekanism binder i viss mening samman de andra begreppen och kan ses som en förklaring till hur resultat uppstår som en följd av aktörernas insatser under rådande kontextuella villkoren. En social mekanism är en kombination av dels krafter i form av människors intentioner, motiv och överväganden, dels av social interaktion som ofta är strukturerad på ett visst sätt (på mikro-, meso- eller makronivå, som förmedlar dessa krafter och får något att hända (Blom & Morén, 2015).

3.4 Terapeutiska faktorer i den teoretiska referensramen

Förutom KAIMeR-teorin används vid analysen även ett antal begrepp rörande terapeutiska faktorer, så kallade Common factors (som ibland även kallas den kontextuella modellen), vilken presenterades första gången av psykoterapiforskarna Hubble, Duncan och Miller (1999) och senare av Bertolino, Bargman och Miller (2014). Dessa terapeutiska faktorer har visat sig verksamma i olika typer av psykoterapeutisk behandling, bland annat vid missbruksproblematik (se Stone, Conteh & Francis, 2017), vilket gjorde att forskarna valde att inkludera dessa i den teoretiska referensramen. Terapeutiska faktorer kan också fungera som en utgångspunkt för socialt arbete eftersom man i socialt arbete ofta använder och stöder sig på metoder som utvecklats inom psykoanalys och psykoterapi (Blom & Morén, 2007).

De terapeutiska faktorerna kan delas i två kategorier: klient- och utomterapeutiska faktorer samt behandlingseffekter. Faktorerna är inte statiska utan dynamiska och kan variera. Det inflytande som en enskild faktor har på resultatet är därför beroende av sammanhanget. (Bertolino et al., 2014.)

1. Klient- och utomterapeutiska faktorer (bidrar till 80-87 procent av utfallet)

Dessa faktorer består av inslag i klientens livssituation som bidrar till förbättringen, men som inte är kopplade till klientens formella deltagande i terapin. Exempel på utomterapeutiska faktorer är: klientens förändringsberedskap, styrkor, sociala stödsystem, funktionsnivå före, personlig motivation och livshändelser.

2. Behandlingseffekter (13-20 procent av utfallet)

Behandlingseffekterna inkluderar ett brett spektrum av faktorer som är relevanta för terapins påverkan. Dessa redovisas nedan:

a) *Terapeuteffekter (4-9% av utfallet)*

Forskning visar att "vem" som står för behandlingen är avgörande.

b) *Allianseffekter (bidrar till 5-8% av utfallet)*

Dessa representerar ett brett spektrum av relationsmedierade inslag som är beroende av terapeutens terapeutiska övertygelse som omsorg, omtanke, empati, värme, uppmuntran, affirmation och risktagande. Terapeutisk allians är en av de mer betydelsefulla relationsfaktorerna.

c) *Förväntans-, placebo- och "trohets" effekter (bidrar till 4% av utfallet)*

Dessa faktorer relaterar till klientens vetskap om att vara behandlad och den tilltro denne har till den terapeutiska metoden och tillhörande tekniker. Det är av vikt att både klienten och terapeuten har tilltro till behandlingsmetoden.

d) *Modell-/teknikeffekter (bidrar till 1% av utfallet)*

Detta avser bl.a. övertygelser och procedurer som är knutna till en viss behandling, till exempel "mirakelfrågan" i korttidsterapi. I vidare mening kan det handla om terapeutiska eller helande ritualer. De flesta terapeutiska metoder och tekniker bygger på någon form av självhjälp – att man gör något på ett nytt sätt (Bertolino et al. 2014).

3.5 Fokusgruppintervjuer

För att få en uppfattning om verksamheten och för att erhålla underlag för genomlysningen bekantade forskarna sig inledningsvis med information om och diverse dokument som rör Avstampet. Materialet bestod av behandlingslitteratur som Avstampets verksamhet bygger på som: Stora Boken och "De steg vi tog" (McQ, 2018), Avstampets hemsida och Youtube-videos publicerade på hemsidan. Utifrån det materialet formulerades frågor som tillsammans med KAIMEr-teorins fem begrepp (se avsnitt 3.2) utgjorde intervjumanualen.

Studiens data bygger på tre fokusgruppsintervjuer med personalen som genomfördes under perioden september 2019 till februari 2020. Fokusgruppintervjuerna genomfördes av Björn Blom, Marcus Blom Nilsson och Robert Grahn. Varje fokusgrupp hade eget tema: 1. Resultat, 2. Insatser/processer, 3. Förutsättningar. Intervjuerna var halvstrukturerade och berörde bland annat personalens antaganden om missbrukets orsaker, behandlingens mål och lämpliga insatser.

Intervjuerna transkriberades ordagrant av intervjuarna. Den första intervjun var 90 minuter lång, den andra 142 minuter och den tredje 191 minuter. Sammanlagt var det utskrivna intervjumaterialet på 179 sidor.

En uppföljande gruppdiskussion med personalen på Avstampet genomfördes i februari 2023 i samband med att en preliminär version av rapporten presenterades. Personalen gavs möjligheter att lämna synpunkter på resultaten och tillfrågades om tilläggsinformation i syfte att förtydliga beskrivningar och fördjupa forskarnas tolkningar.

3.6 Teoristyrad analys

Analysprocessen började med att materialet kodades utifrån KAIMEr-teorins begrepp (Blom & Morén, 2015) i ett datorprogram för kvalitativ dataanalys. Det innebar i korthet att data strukturerades och granskades utifrån huvudbegreppen: Kontexter, Aktörer, Insatser, Mekanismer och Resultat, samt därtill hörande underbegrepp. Utöver detta användes två koder som benämndes *Intressant* och *Målbild*. Analys av mekanismer innebar inte att identifiera nya mekanismer och följde därför inte de moment som vanligtvis förknippas med förklarande forskning på kritisk realistisk grund (se Danermark, Ekström, Jakobsen & Karlsson, 2018; Blom & Morén, 2015). I stället låg fokus på att identifiera element av de sociala biståndsmekanismer som tidigare presenterats av Blom och Morén (2007; 2015) dvs. syftet var att använda och testa antaganden om dessa mekanismer i ett nytt sammanhang.

Efter kodningen tematiserades (sorterades) innehållet som kodats under KAIMEr-begreppen för att identifiera det specifika i Avstampets verksamhet. Då analysen i huvudsak var tydligt teoristyrd så kan den med andra ord beskrivas som riktad innehållsanalys (Hsieh & Shannon, 2005). Dessa teman har diskuterats i forskargruppen under våren och hösten 2022. Slutligen har analysens resultat sammanfattats och presenteras i den här rapporten.

3.7 Etiska överväganden

Personalens deltagande i projektet grundade sig på informerat samtycke. Personalen fick muntlig information om studien och kunde därmed besluta om de ville medverka eller inte. Insamlat datamaterial har behandlats konfidentiellt, vilket innebär att ingen utom författarna till rapporten haft tillgång till fokusgruppsintervjuerna. Data har förvarats på forskarnas datorer som är lösenordskyddade. Vid rapportering av data används inga namn på personer som medverkade eller omnämndes i intervjuerna. Beskrivningar av klienter eller anhöriga, eller annan information, som skulle kunna leda till identifiering har exkluderats från rapporten. Dessutom har personalen fått möjlighet att läsa och kommentera en preliminär version av rapporten.

3.8 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

I det här avsnittet diskuteras ett antal vetenskapliga kvalitetskriterier i termer av validitet, reliabilitet och generaliserbarhet. Frågan om *validitet* handlar om huruvida

sättet att besvara frågeställningarna är relevant, dvs. har vi undersökt det vi avsett att undersöka på ett giltigt och adekvat sätt. Med andra ord, har vi samlat in rätt data från rätt personer? Enkelt uttryckt kan vi säga att validiteten är hög om resultaten av undersökningen svarar på det som frågorna handlar om. *Reliabilitet* handlar om noggrannhet, med andra ord hur tillförlitligt vi genomfört undersökningen. Det vill säga, har vi samlat in och analyserat data på ett bra sätt? Enkelt uttryckt kan vi säga att reliabiliteten är hög om undersökningen genomförts på ett genomtänkt, omsorgsfullt och noggrant sätt (Bryman, 2018).

Forskarna har under hela processen, från planering till publicering, strävat efter hög validitet och reliabilitet, genom att noggrant planlägga och diskutera varje steg i undersökningen. Det har varit en fördel att flera personer med olika kompetenser medverkat i denna process. En preliminär version av denna rapport granskades av en grupp erfarna forskare med olika kompetenser (jfr redaktörens förord). Granskningen utmynnade i att resultaten ansågs trovärdiga, vilket bidrar till bedömningen till att studiens validitet och reliabilitet är tillräckligt hög.

Generaliserbarhet syftar på i vilken utsträckning studiens resultat är applicerbara i en vidare mening än det aktuella sammanhanget. Det handlar om huruvida det går det att överföra resultaten rörande Avstampet till andra liknande verksamheter. Den huvudsakliga ambitionen har varit att undersöka det specifika HVB-hemmet Avstampet för att få kunskaper om just den verksamheten, det har inte funnits någon målsättning att resultaten ska kunna generaliseras till andra organisationer. Icke desto mindre kan det antas att vissa resultat, åtminstone delvis, är överförbara på andra liknande verksamheter. Det är tänkbart att andra HVB som arbetar med tolvstegsbehandling, eller andra mindre HVB som arbetar med missbruksbehandling kan känna igen sig, och därigenom få insikter/kunskaper som går att tillämpa på den egna verksamheten. Därtill kan det antas att de teoretiska lärdomarna rörande KAIMEr-teorin, som diskuteras i slutet av rapporten, är överförbara i den meningen att de kan användas för att undersöka liknande studieobjekt.

3.9 Studiens begränsningar

Som det beskrevs i förordet har projektet saknat sedvanlig finansiering, vilket påtagligt begränsat datainsamling och analys. Utöver det finns det ett antal ytterligare begränsningar som är relevanta att lyfta fram. Genomlysningen har begränsats till personalens perspektiv, vilket innebär att betydelsen av olika faktorer till exempel i kontexten eller av en specifik insats inte gått att skildra ur ett klientperspektiv. På grund av oförutsedda händelser kunde vi inte intervjua klienter i denna studie, vilket antagligen skulle varit mycket betydelsefullt. I personalens sätt att beskriva de olika delarna av behandlingen, och deras förhållningssätt till klienterna, har klienterna dock varit väldigt närvarande. Det går inte att beskriva behandlingen utan att i någon mån samtidigt skildra klienter, deras reaktioner och processer. Ytterligare en begränsning är att Avstampets efterbehandling inte har undersökts mer än indirekt. En noggrann genomlysning av efterbehandlingen och dess olika delar skulle kunna ge viktiga kunskaper om hur förändringsprocessen fortsätter efter tiden på behandlingshemmet, samt vad efterbehandlingsinsatser består av. Att undersöka Recovery Dynamics specifika inverkan på behandlingsresultaten skulle ha krävt en annan forskningsdesign där också klienterna skulle ha inkluderats.

Data samlades in via fokusgruppsintervjuer. Det är en metod som är väl lämpad för att erhålla information om hur en verksamhet fungerar eftersom deltagarna deltar som representanter för en organisation, snarare än att de företräder sig själva som individer. Dessutom är metoden är tidseffektiv, eftersom flera personer intervjuas samtidigt. Principiella begränsningar med fokusgruppsintervjuer är att det kan vara svårare att ge ärliga svar på känsliga frågor, jämfört med i enskilda intervjuer, då deltagarna inte vet vad de andra svarar (Sim & Waterfield, 2019). Vår bedömning är att detta påverkat kvaliteten på intervju svaren i mycket liten utsträckning. Dels eftersom de flesta intervjufrågorna inte var av känslig karaktär, utan handlade om hur verksamheten fungerar i generell mening. Dels eftersom personalen är vana att i grupp diskutera känsliga ämnen med varandra och med andra. Dessutom kunde vi under intervjuerna observera att det var tillåtet att uttrycka olika ståndpunkter i personalgruppen.

Studiens teoretiska utgångspunkter är *KAIMeR-teorin* och *Den kontextuella modellen vid terapeutisk behandling*. Det är teorier som tillsammans kan användas för att undersöka hur socialt arbete fungerar i praktiken och vilka terapeutiska faktorer som är verksamma i behandling vid missbruksproblematik. Tänkbara "svagheter" med *KAIMeR-teorin* är att den är generisk och omfattar olika typer av socialt arbete. Det vill säga, det är inte en teori som är specifikt avsedd för att studera vad som är verksamt vid missbruksbehandling.

Principiella begränsningar med *den kontextuella modellen* är att den 1) har ett dyad-fokus (dvs. en klient och en behandlare), 2) att den inte tar hänsyn till att andra klienter kan medverka i behandling, och att den 3) endast fokuserar på vad som sker i "behandlingsrummet". Det vill säga teorin omfattar inte behandling som bedrivs av en grupp behandlare, eller av andra klienter, eller förhållanden i omgivningen som är av betydelse för verksamheten eller klienten. Genom att använda både *KAIMeR-teorin* och *den kontextuella modellen* har vi försökt reducera en del av teoriernas respektive svagheter. Likväl finns det aspekter som vår teoriram inte innefattar som hade varit relevant att beakta. Det hade exempelvis varit relevant med ett genusperspektiv med tanke på att alla klienter är män. Ett sådant perspektiv hade möjliggjort en reflektion om vad maskulinitetsnormer betyder för missbruk och behandling. På liknande sätt hade teori om etniska och kulturella aspekter varit av betydelse med tanke på att klienter har olika etnisk och kulturell bakgrund. Givet denna studies begränsade resurser har det emellertid inte varit möjligt att inkludera flera teoretiska perspektiv.

3.10 Studiens resultat i två steg – återkoppling till frågeställningarna

I kapitel 4-8 redovisas studiens resultat i form av en programteori för Avstampets verksamhet, dvs. en uppsättning antaganden om hur – och på vilka grunder – verksamheten fungerar. Programteorin har tillkommit genom att det empiriska materialet analyserats i enlighet med *KAIMeR-teorin*. Redovisningen är strukturerad enligt huvudbegreppen i *KAIMeR*, vilket innebär att huvudrubrikerna är Kontexter, Aktörer, Insatser, Mekanismer och Resultat. Dessa kapitel är sin tur uppdelade i tillhörande underrubriker (se Figur 1). I rapporten presenteras Resultat före Mekanismer med anledning av att mekanismer innehåller förklaringar till hur Avstampets resultat uppstår. Efter de fem resultatkapitlen följer kapitel 9, där programteorin sammanfattas i form av en figur.

4 Kontexter

I detta kapitel presenteras dels vilka kontextuella faktorer i och utanför verksamheten som främjar eller motverkar Avstampets behandlingsresultat, och på vilket sätt det sker, dels de centrala antaganden som behandlingen och Avstampets verksamhet är baserad på. Även en beskrivning av klienternas livsvärld ingår. Den grundar sig på personalens förståelse och erfarenheter av hurdana klienter som behandlats på Avstampet.

4.1 Samhällelig och kulturell kontext

I den samhällliga kontexten, som omger Avstampet, finns en *politisk diskurs om narkotika* och hur samhället ska behandla beroendeproblematik. På Avstampet upplever personalen att narkotikapolitik inte direkt har med verksamheten att göra eller att den inte påverkar tolvstegstänkandet. Däremot anser personalen att drogpolitiken påverkar verksamhetens framtid eftersom medicinsk drogbehandling och LARO¹⁰ favoriseras i den politiska diskussionen, vilka representerar behandlingsformer som är motsatta den som personalen på Avstampet erbjuder. På Avstampet upplever personalen att klienterna inte alltid vet att det även finns medicinfräa alternativ. Detta kan hota Avstampets verksamhet, speciellt eftersom missbruksbehandling är ett gemensamt ansvar för kommuner och regioner (jfr Kunskapsguiden; SBU, 2019).

(...) Vi blir påverkad av ... politiken, i väldigt stor grad. ... jag är livrädd för den här utredningen¹¹ som visar ... jamen vad händer när de lägger över missbruksbehandlingen på regionen ... Kommer all behandling i stort sett grundas på medicinsk behandling via regionens vård? Då kommer vi ju försvinna. Vad händer då? Det är ett politiskt beslut, det kan vara från en dag till en annan (...)
Intervju 3

I den samhällliga kontexten pågår, som citatet visar, även en diskussion om *kommunal och privat missbruksvård och om regionernas missbruksvård inom psykiatrin*, som avspeglar sig i Avstampets verksamhet. Detta blir tydligt eftersom Avstampet erbjuder en drogfri behandlingsform, medan psykiatrins syn på behandling däremot innefattar medicinering. En uppfattning bland Avstampets personal är att inom psykiatrin behandlas drogberoende med mediciner som likställs med narkotika. Som en positiv sak lyfts fram att personal inom psykiatrin vill utbilda sig i missbruksbehandling och Avstampet kan erbjuda sådan utbildning. När det gäller synen på missbruk och behandling i den samhällliga kontexten upplever personal på Avstampet att de i många avseenden arbetar ”mot strömmen”.

Det som påverkar Avstampets vardag direkt är *lagstiftning*, och den anses stödja verksamheten i och med att beroende klassificeras som sjukdom, vilket medför ett

¹⁰ Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) är en behandling för personer som haft ett långvarigt och allvarligt beroende av heroin eller andra opioider. Patienten behandlas med läkemedel som metadon eller buprenorfin i kombination med psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosocialt stöd (Socialstyrelsen, 2020).

¹¹ Den utredning som åsyftas är *Samsjuklighetsutredningen* (SOU 2023:5) som fick sitt kommittédirektiv i juni 2020.

rehabiliteringsansvar för kommuner.¹² Även Agenda 2030 nämns som ett möjliggörande inslag. Enligt personal på Avstampet ger lagstiftningen¹³ handläggare vid socialtjänsten ett visst handlingsutrymme att besluta hurdan behandling klienten är i behov av. Ett exempel på detta är att längre behandlingstid är accepterat hos remittenterna (t.ex. kommunal socialtjänst eller kriminalvården) som placerar klienter på Avstampet.

4.1.1 Missbruk och beroenderelaterade problem i samhället över tid

Generellt sett upplever personalen att klienters livssituationer har förvärrats och att missbruksproblem både har ökat och blivit svårare med tiden. Det sägs delvis kunna bero på att personalen kan mera om missbruksproblematik än förr. Personalen ger en bild av att användningen av droger har ändrat karaktär.

När jag kom in i det här för flera decennier sedan, då fanns det ju renodlade alkoholister, det fanns amfetaminister, heroinister och så vidare. Det upplever jag inte finns längre, utan alla är blandmissbrukare. Och det märker vi här också. Det är lite svårt att utreda vem av våra klienter som har gått på vad, utan alla har som tagit allting. Intervju 3

Det finns flera olika droger jämfört med förr, och de som använder droger är ofta yngre än tidigare (se även 1.2). Speciellt opiodmissbruket har ökat och det antas bero på att opioder skrivs ut när individer, inom ramen för läkemedelsassisterad behandling erbjuds behandling med opiodbaserade ersättningspreparat. Enligt personalens uppfattning skadar drogerna hjärnan på ett annat sätt än förut.

Positivt är att klienterna kan få hjälp i större utsträckning nu än till exempel på 1990-talet. Eftersom drogdebuten generellt sett sker tidigare, betyder det att klienter kommer till behandlingen i ett tidigare skede av livet jämfört med förr. Det innebär också att många aldrig har haft ett arbete och att flera klienter lever i utanförskap. En tidigare drogdebut medför också många gånger allvarigare skador på hjärnan och konsekvenser för livet i stort. Samtidigt tycks det ha blivit allt svårare för klienten att beviljas behandling i ett tidigt skede, eftersom andra insatser ska prövas först.

Personalens uppfattning om dagens missbruksproblematik präglas också av en ökning av läkemedelsassisterad behandling, vilken anses leda till att missbrukstiden blir längre för många. Ur Avstampets perspektiv, där missbruksbehandling ska vara drogfri, ser personalen att missbruksproblematik också påverkas av att det är svårt för klienten att avbryta LARO. Även ökad diagnostisering av neuropsykiatriska störningar och medicinering av ADHD ses som en orsak till ökning av

¹² Nedan ges en kort schematisk redogörelse för vilka lagrum och vilken praxis som styr ansvarsfördelningen när det kommer till rehabilitering av individer med en beroendesjukdom. Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar är avhängigt en rad olika villkor och utgår från flera olika lagrum samt praxis. Dessa lagrum innefattar Arbetsmiljölagen (AML) och Socialförsäkringsbalken (SFB) men även lagen om anställningsskydd (LAS), specifikt reglerna om saklig grund för uppsägning och Arbetsdomstolens praxis (Bergström, 2014). För att arbetsgivaren ska ha ett rehabiliteringsansvar gentemot arbetstagaren måste det röra sig om sjukdom. Det faktum att beroende är klassificerat som en sjukdom (WHO, u.å) utgör alltså grund för rehabiliteringsansvar (Ceder, 2021). Om beroende inte kan styrkas har arbetsgivaren alltså inget formellt rehabiliteringsansvar. Det är undersökande läkare som i det individuella fallet avgör om det rör dig om beroende eller inte (Ceder, 2021).

¹³ Socialtjänstlag 2001:453

missbruksproblem. På basis av personalens entydiga uppfattning om hur missbruksproblematik och missbruksvård ser ut just nu blir det tydligt varför Avstampet förespråkar och erbjuder en drogfri behandlingsform.

4.2 Avstampet som biståndskontext

Avstampet, som ligger mindre än en kilometer från ortens centrum, bedriver sin verksamhet i två byggnader som ligger bredvid varandra. På området finns likadana byggnader men andra verksamheter. I ett av husen finns gruppterapirum och personalens arbetsrum. Båda husen har ett kök och egna rum för klienterna. Den fysiska inomhusmiljön är trivsamt. I grupprum och i korridorerna finns det uppsatta tavlor som illustrerar de tolv stegen och Stora Bokens budskap. Personalen beskriver det *närliggande samhället* i positiva ordalag. Det finns en naturlig växelverkan med invånarna på orten och personalen upplever att Avstampet är del av samhället

4.2.1 Direkta biståndsvillkor och grundantaganden som styr behandlingen

Avstampets mål är att klienterna ska tillfriskna från en beroendesjukdom och kunna hantera sin dagliga tillvaro utan att använda droger. Målet är därför drogfrihet. Utöver det är målet en varaktig positiv förändring i klientens liv. Det vill säga att individen inte behöver lida utan kan leva ett bra liv. Det innebär att klienten hittar sig själv och blir en ansvarstagande individ.

Följande direkta biståndsvillkor kan urskiljas:

1. Avstampet är ett **drogfritt och medicinfritt** behandlingshem. Detta skapar trygghet för klienterna. Efter att data samlades in har Avstampet gjort en förändring: behandlingen är fri från sinnesförändrande preparat, dock så tillåts exempelvis SSRI-preparat.¹⁴
2. Behandlingen utgår från det manualbaserade tolvstegsprogrammet **Recovery Dynamics**. Programmet Recovery Dynamics ger en basstruktur för behandlingen och påverkar verksamheten holistiskt.
3. Utöver Recovery Dynamics används **Stora Boken** som grund i behandlingen.
4. Behandlingen riktar sig till **personer med drog- eller/och alkoholmissbruk**, men kan även ta sikte på andra beroenden.
5. Avstampet tar **inte** emot klienter med **allvarliga psykiatriska sjukdomar**, exempelvis psykossjukdomar i kombination med missbruk
6. Varje klient har en egen **kontaktperson** i personalgruppen.
7. Verksamheten präglas av **småskalighet**. Behandlingshemmet har 10 platser.
8. Personalen är **på plats 24/7**, terapeuterna turas om att jobba kvällar och helger.
9. **50 procent** av terapeuterna har själv **missbruksbakgrund**.
10. I behandlingen ingår **element av andlighet**, som bygger på att tillvaron har fyra dimensioner: 1) kroppen 2) känslorna man känner i en situation 3) egna tankar och egen vilja 4) den högre kraftens vilja och samvete. I behandlingen

¹⁴ SSRI är Selektiva serotoninåterupptagshämmare, den mest använda typen av antidepressiva läkemedel. <https://www.1177.se/Vasterbotten/behandling--hjalpmedel/behandling-med-lakemedel/lakemedel-utifran-diagnos/lakemedel-vid-depression/>

hjälp klienten att återskapa kontakt med sitt inre och den egna viljan. Det här beskrivs som att man arbetar ”utifrån och in”, för att sedan kunna leva ”inifrån och ut”.

11. Behandlingen bygger även på att klienterna har **struktur** i sin vardag och att det finns tydliga **regler**. Klienterna och personalen **skapar tillsammans ett vecko- och dagsschema**. Regler och strukturer skapar **en trygg och drogfri miljö** för klienterna.
12. **Personalen** sätter **ramarna** för verksamheten: ”Vi är ytterväggarna”.

Den här sammanställningen av direkta biståndsvillkor tyder på att den kunskap som styr behandlingen på Avstampet består av *värderingar* (etiska och ideologiska principer), *kunskaper* (faktakunskaper och praktikkunskap) och *färdigheter* (erfarenheter, arbetsmetoder). Detta överensstämmer med hur Trevithick (2008) definierar kunskap i socialt arbete.

Hela verksamheten och behandlingen på Avstampet sägs utgå ifrån goda relationer och personalen betonar vikten av att skapa relationer till klienter. Det är ett grundantagande som också genomsyrar beskrivningar av aktörerna, insatserna och medlevarskap. Det bedöms viktigt att visa omtanke och att klienterna känner sig sedda varje dag. Det anses också grundläggande att alla klienter blir bemötta på samma sätt och att samma regler gäller för alla.

Och jag tänker att vara sedd, hörd, delaktig och respekterad är viktiga bitar i det här. Så att det är skönt att vi har det här klimatet.
Intervju 2

Enligt personalen strävar man efter att stämningen på behandlingshemmet ska vara positiv och familjär. Det uppnås genom att personalen och klienterna spenderar mycket tid tillsammans, eftersom personal är på plats dygnet runt. Dörren till kontoret står också oftast öppen. Personalens tillgänglighet är kännetecknande för den direkta biståndskontexten, och det utgör en viktig princip för det dagliga arbetet med klienterna.

4.2.3 Stora Boken

Stora Boken och dess betydelse i Avstampets verksamhet träder gradvis fram under intervjuerna. För det första utgår personalen från att alla typer av beroenden grundar sig på samma mekanism och att ett beroende lätt kan ersättas med ett annat. För att förklara beroendet som sjukdom hänvisas till William Duncan Silkworth (1873-1951), som var en av grundarna till AA-rörelsen. Han var den första personen inom AA-rörelsen att beskriva alkoholism som sjukdom: ”...klienterna har en onormal kroppslig reaktion på alkohol som leder till fördärv” (Anonyma alkoholister 2017). Missbruk ses som en sjukdom som förhindrar människan att tänka och handla logiskt i relation till sina problem.

Den här synen på missbruk och beroende förmedlas även till klienterna på Avstampet. Därför är ett av grundantagandena på individnivå att klienterna ska jobba med sig själva, genom att börja ”inifrån”.

Och inte börja med symtombehandling och ... jag menar lägenhet och jobb och de grejerna, och fru och barn och de grejerna. Utan att

de börjar jobba med sig själv. Det tänker jag, det är väl de vi sysslar med. Intervju 3

Detta ligger helt i linje med det första steget i tolvstegsbehandlingen. I början av behandlingen uppmanas klienterna att acceptera den ideologi och läran som Stora Boken representerar: "köp det bara, köp det i ett halvt år och se resultatet". Med tiden börjar personalen plocka in även andra inslag i behandlingen.

Stora Boken används och refereras till under hela behandlingen. Personalen har tidigare gjort individuella tolkningar av Stora Boken. I nuläget styrs dock verksamheten av behandlingschefens tolkning av och understrykningar i boken. Alla i personalen använder samma material och man har kopierat det material behandlingschefen använder. Understrykningarna är dock inte representativa för hela tolvstegsrörelsen.

Personalen betonar att Avstampets egen tolkning inte betyder att de hoppar över något steg i Stora Boken, förutom i ett avseende. Ett avsteg som görs, som är i konflikt med Stora Boken, handlar om synen på att "alkoholistens fru" enkelt förväntas kunna förlåta och glömma det som missbruket har orsakat. Det är något som personalen inte ställer sig bakom. Det resonemanget i Stora Boken anses vara en konsekvens av att boken skrevs i en tid med en annan syn på relationen mellan kvinna och man. Detta indikerar emellertid att det innebär en utmaning för personalen att utgå från, tolka och delvis anpassa, en text som skrevs under första halvan av 1900-talet.

Stora boken är en text. Och fortfarande är det en av de saker jag stundtals har problem med, att vi har valt, bestämt vad det här betyder, hur tolkningen är. Men, jag märker ju, jag köper det. För det är inte fel heller och jag märker att det fungerar i behandlingsformen (...) Intervju 3

En avgränsning som Avstampet har gjort är att inte behandla klienter med allvarlig psykiatrisk sjukdom eftersom personalen inte anser att de har den kompetensen. Personalen markerar dock att det i Stora Boken nämns att missbruk är en "mentalsjukdom". De flesta klienter som kommer till Avstampet har en samsjuklighetsdiagnos i lindrig eller medelsvår grad.

Ett viktigt element i behandlingen, som härstammar från Stora Boken, är tanken om högre makt och andlighet. Detta är kopplat till den kraftlöshet som klienten ofta sägs känna i början av processen och till tanken om att personen behöver en annan kraft för att lösa problem.

... Och programmet säger så här: "vi kom till tro att en kraft större än oss själv kunde återge oss mental hälsa". Det tror vi på i steg två. Så tittar vi på vad som sägs i steg tio, då står det så här: "vi har slutat att kämpa mot allt och alla till och med alkoholen, för vid det här laget kommer den mentala hälsan att ha återvänt." Och här emellan säger vi åt dem att du inte ska tänka själv. Du ska bara följa, följ instruktionerna. Här kommer den mentala hälsan, så står det igen i steg elva: "vår tankeverksamhet kommer att ske på ett mycket högre plan, vårt tänkande befriat från felaktiga motiv. Gud har trots allt gett oss en hjärna att använda, använd den." Och då

ser man här ska du inte tänka, den här korta stunden ska du ge fan i att tänka. Och när du har rensat upp så att du har kontakt med, medveten kontakt med, din inre röst och samvete, gud eller vad det är, då kan du använda de här två tillsammans och styra åt rätt håll och då kan du välja med din vilja. Intervju 3

I tankesättet om den högre makten ingår också att i en mening *släppa taget om det egna egot* för att i nästa fas kunna göra positiva val.

Vilja är en tanke och en riktning. Min vilja är en tanke och vilken riktning jag vill gå. Så här har jag egenviljan, så har jag en högre krafts vilja eller tanke ... som en förälders vilja, jamen gör så här så blir det bra för dig. Men egenviljan får bestämma om den ska följa den eller inte. Jag använder egenviljan till att följa det som mitt inre säger, då använder jag egenviljan på ett konstruktivt rätt sätt. Men sen kan jag använda den till att gå åt andra hållet också. Intervju 3

I praktiken kombinerar man på Avstampet en av de ansvarigas tolkning av Stora Boken, den personens egna erfarenheter samt Recovery Dynamics. Detta sägs påverka resultaten av behandlingen positivt.

Men då skulle jag vilja säga att sedan vi fört in Stora boken och Recovery Dynamics så har resultatet skjutit i höjden på dem som uppnår drogfrihet. Intervju 3

Både de direkta biståndsvillkoren och grundantaganden som är knutna till Stora Boken kan ses som fundamentala, eftersom de i hög utsträckning kan antas förklara varför Avstampets verksamhet fungerar som den gör och hur personalen ser på den förändringsprocessen som klienten ska gå genom.

4.2.4 Lärande organisation och personalens sammanhållning

Avstampet kan i viss utsträckning ses som en *lärande organisation* som präglas av ett klimat för lärande (climate for learning) (Örtenblad, 2018). Personalen säger sig vara positiva till lärande, de uppmuntrar varandra att prova på nya saker och misslyckanden ses som en möjlighet att lära något nytt. Ett exempel på lärande är att erfarenheter av olika typer av misstag eller felbeslut tas tillvara och fungerar som underlag för förändring i verksamheten. Personalen betonar att de får göra misstag bara de tar lärdom av det. En strävan efter att lära sig och bli bättre i sitt arbete är en drivkraft för personalgruppen.

Jag tycker att vi har förbättrats hela tiden under dom här åren jag har varit här. Visst är det saker som man ser, det här funkar inte. Det plockar vi bort. Intervju 2

Vidare tycks *personalgruppens sammansättning och sammanhållning* ha en central roll i verksamheten. Alla i personalen sägs jobba enligt samma principer och använda sin personlighet som redskap i behandlingen. Personalgruppen är uppenbart sammansvetsade, de känner varandra väl och har stor tillit till varandra, vilket skapar trygghet i arbetet.

Ja, är vi inte trygga kommer vi inte kunna få dem [klienterna] att arbeta, de kan inte vara en trygg klientgrupp om vi inte är trygga. Och är jag som ansvarig otrygg och ligger sömlös och vrider mig över ekonomi osv, osv. Då speglar jag det med tokiga beslut i personalgruppen och så blir personalgruppen otrygg och så speglas det ut i klientgruppen... Intervju 3

Tryggheten sägs möjliggöra att personalen i vissa situationer kan vara flexibla och att de också kan ifrågasätta varandras agerande. Ytterligare en viktig faktor för personalens sammanhållning är att det finns *en tydlig roll- och ansvarsdelning*, vilket också klienterna blir medvetna om.

Personalens eget mående sägs "spilla över" på klienter därför anses det viktigt att personalgruppen känner sig trygg med varandra.

En mycket stor del, mycket avgörande. Vi kan spåra klienternas välmående i hur stabila vi är. Det ser vi ju när det varit ostadigt. Då har det ofta varit ... det har stor betydelse och ibland väldigt stor betydelse.

Det är som ungarna, de kan alltid "vibba av" hur mamma och pappa har det i äktenskapet. Intervju 3

Personalens iakttagelser ligger klart i linje med tidigare forskning på behandlingshem som har visat att om personalgruppen mår bra då påverkar det i hög grad behandlingsresultatet positivt (Armelius, 2002; Landrum, Knight & Flynn, 2012).

4.2.5 Matchning av klienter

Principen bakom matchning bygger på antagandet att varje individ kan paras ihop med den behandlingsmetod som är mest effektiv för dem (Hesse, Thylstrup & Nielsen, 2017; Miller & Hester, 1986). Oftast görs detta genom klinisk bedömning, även om det finns begränsat eller inget vetenskapligt stöd för detta tillvägagångssätt (Longabaugh & Wirtz, 2001; Mann & Hermann, 2010).

Avstampet har en väldefinierad målgrupp, män från 18 år och uppåt med ett begynnande eller pågående missbruk. I den direkta biståndskontexten har vi identifierat en "modell" för hur *matchningen* av klienter till Avstampet görs, samt hurdan matchning personalen tillämpar inom ramen för verksamheten. Matchning görs utifrån att det i organisationen finns en matchningsansvarig och att beslutet om vem som erbjuds behandling på Avstampet fattas av organisationen.

Matchning kan förstås som en form av *selektion* i olika steg där individer som inte uppfyller Avstampets kriterier, eller att personen inte bedöms passa i den aktuella klientgruppen, selekteras bort. Det är ett beslut som är tänkt att gagna såväl den presumtiva klienten som verksamheten. Dessa kriterier är av såväl manifest som latent karaktär. Exempel på ett manifest kriterium är att klienten ska vara en man och över 18 år, medan motivationsnivå, ålder och socialitet är exempel på latent (underliggande) kriterier. Latenta kriterier är inte explicit beskrivna som en del av matchningsprocessen, men de är ändå avgörande när det kommer till vem som erbjuds behandling på Avstampet.

Matchningsprocessen på Avstampet är inte strukturerad utifrån en manual, men den tycks i allt väsentligt vara formaliserad utifrån erfarenhetsbaserad kunskap. Modellens utgångspunkt är att en och samma medarbetare, med lång erfarenhet i yrket, ansvarar för matchningen och träffar alla som vill göra behandling på Avstampet. Den matchningsansvarige medarbetaren sköter all matchning för att ägaren av Avstampet, som också arbetar i verksamheten, inte ska behöva ta beslut som kan hamna i konflikt med företaget rörande vilka klienter som tas emot. Dvs. vid matchningen är det *klientens* problem, motivation och lämplighet som ska styra, inte primärt verksamhetens ekonomiska motiv.

Om en klient uppfyller de manifesta kriterierna, träffar den matchningsansvariga medarbetaren kandidaten och gör en primärbedömning av kandidatens eventuella lämplighet för behandling på Avstampet. Om personen bedöms vara lämplig erbjuds han att komma till Avstampet för att träffa personalen och klientgruppen, samt för att känna in atmosfären.

Vi är jättenoga då vi åker därifrån att: ”både för din skull och för de som redan bor hos oss, du ska ta ställning till om det här är någonting för dig. Och jag ska hem och diskutera med min personalgrupp om vi kan ge dig bästa hjälpen utifrån den träff vi hade”. Intervju 3

Under matchningsprocessen får klientgruppen möjlighet att ge synpunkter på om de tror att kandidaten passar in i Avstampets behandlingsmodell, och i den aktuella klientgruppen eller inte. Klientgruppen har emellertid ingen beslutande funktion. Beslutet om att erbjuda kandidaten behandling fattas uteslutande av ansvariga inom Avstampets organisation. Gruppens åsikter vägs emellertid in i det beslutet, eftersom det anses viktigt att gruppen känner att Avstampet inte tar in vem som helst. Matchningsprocessen innebär alltså att kandidater kan väljs bort både mot bakgrund att de inte bedöms passa in i Avstampets behandlingsmodell eller i den aktuella klientgruppen.

Den selektion som sker i det senare skedet bygger i första hand på latent kriterier, dvs. uttalade kriterier som framträder i relation till personal eller inskrivna klienter. En individ som är omotiverad eller ”avigt” inställd kan alltså bedömas som mindre lämpad för behandling med motiveringen att dennes vilja till förändring inte är genuin. Dessutom kan det hända att kandidater som upplevs socialt ”kantiga” eller udda väljs bort om de inte bedöms passa in i klientgruppen. Klientens inställning till att behandlingen är drog- och medicinfri vägs också in och har stor betydelse vid matchningen.

Sammanfattningsvis är vår bedömning att matchningsprocessen på Avstampet är omsorgsfull och omfattar flera olika parametrar och steg. Nuvarande matchningsprocess synliggör att organisationen på Avstampet – genom den matchningsansvarige – har en tydlig uppfattning om vem de kan erbjuda behandling till.

4.3 Avstampet och dess indirekta biståndskontext

De kontextuella faktorer som indirekt påverkar Avstampets verksamhet är behandlingshemmets goda rykte, lagstiftningen och kommunernas agerande.

Det framgår tydligt att personalen på Avstampet upplever att behandlingshemmet har ett gott rykte inom sitt område. Det som framför allt kännetecknar Avstampets rykte är att det anses vara *ett strikt drogfritt behandlingshem*, att behandlingstiden är minst 3 månader och att de är duktiga på att återkoppla till socialtjänsten. Det goda ryktet och tydlig information om vad behandlingen består av är också något som personalen arbetat målmedvetet med. Avstampet erbjuder även utbildning åt personal inom socialtjänst och psykiatri.

Samarbetspartners har med andra ord en tydlig bild av vad en klient får för behandling.

Vi kan ta NN som är chef i kommun XYZ. Hen säger att vi är i "särklass det bästa behandlingshemmet hen någonsin har använt". I kvalitetsindexrapporterna får vi [omdömet] att "det finns inget behandlingshem som är bättre på att återkoppla". Det är många som säger att vi är "otroligt duktiga på det vi gör".

Och det här att handläggaren sa "vi vill inte skicka till det här behandlingshemmet för dom är inte nog strikta och har inte nog med struktur. Vi vill att han ska göra behandling hos er". Intervju 1

Personalen berättar att det även bland drogmissbrukare är känt att Avstampet är ett strikt behandlingshem.

Men det absolut bästa betyget är ju när vi har en klient (...) som har ett telefonsamtal med en av sina kompisar som ska söka hit och personalen hör den här killen säga till sin kompis att "ja hörru en sak ska du ha jävligt klart för dig att det här är ingen jävla lekstuga och ska du komma hit så är det drogfrihet som gäller". Intervju 1

I den dagliga verksamheten betyder Avstampets goda rykte att behandlingshemmet inte sticker ut i den närmaste omgivningen. De fanns en del diskussioner och oro då Avstampets verksamhet startade, men det har inte funnits något aktivt motstånd mot verksamheten på länge. På Avstampet upplever personalen att verksamheten är en del av samhället och man deltar på olika sätt i aktiviteter i kommunen.

Sammanfattningsvis tycks det goda ryktet påverka Avstampets verksamhet på två huvudsakliga sätt. Dels skapas goda förutsättningar för samverkan med olika aktörer utanför behandlingshemmet, som i sin tur påverkar klienttillströmningen och hurdana klienter socialtjänsten skickar till behandlingshemmet. Utan ett gott rykte skulle inte socialtjänsten anlita Avstampet. Dels påverkar den positiva uppfattningen av Avstampet personalens motivation i arbetet, vilket kan antas främja organisationsklimatet och personalens välbefinnande, som i nästa led torde påverka behandlingsprocesser och resultat positivt (jfr avsnitt 4.2.4). Personalens uppfattning om det goda ryktet bekräftas av SSIL-rapporterna där Avstampet har fått höga medelbetyg under flera års tid (se avsnitt 2.2).

Lagstiftningen påverkar Avstampets verksamhet på två olika sätt. Dels genom de lagrum som ligger till grund för klienterna placering, dels genom de rättigheter som klienterna har under behandlingen. Klienterna kan placeras på Avstampet utifrån olika lagar (Socialtjänstlagen, Brottsbalken, Lag om kriminalvård i anstalt, LVU, LVM) vilket påverkar klientprocessen. Till exempel om det är en s.k.

frivårdsplacering kan inte handläggaren åka ut och träffa klienten, vilket personalen på Avstampet betraktar som en brist. De flesta klienter på Avstampet kommer från socialtjänsten på en så kallad frivillig placering. Den näst största gruppen klienter kommer via kriminalvården. De har antingen dömts till kontraktsvård eller de avslutar sitt fängelsestraff via vårdvistelse. Utöver dessa tar Avstampet även emot ett mindre antal klienter som kommer via Statens institutionsstyrelse (SiS) på en så kallad 27 § placering, vilket innebär att LVM-vården övergår i öppnare form. Dessa klienter kommer till Avstampet under den avslutande delen av LVM-vården. Därtill utgörs en klientgrupp även av individer som frivilligt fortsätter sin behandling efter avslutad LVM-vård.

Lagstiftningen och olika föreskrifter som styr själva behandlingsprocessen och klientens rättigheter anses av personalen vara en utmaning. Klientens självbestämmanderätt och rätt till integritet anses vara i vissa tillfällen ”för starka”. Till exempel måste klienten skriva under ett medgivande varje gång de ska lämna ett urinprov. Han har också rätt att neka ett urinprov utan följer. Enligt Socialstyrelsens (2019) Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende ska klienten själv vara en del av lösningen, och även lagstiftning¹⁵ betonar klientens delaktighet. Därför kan det uppstå situationer där personalen på Avstampet anser att klienten har (för) mycket makt och utnyttjar sociallagstiftningen för att få behandling. Klienternas självbestämmanderätt och egenansvar för sin behandling står i kontrast till personalens och AA:s syn på beroende som sjukdom. Det betyder att klienten under en stor del av behandlingsprocessen (fram till steg 10 av de 12 stegen) anses oförmögen att tänka och handla logiskt i relation till sitt problem. Personalen på Avstampet anser att lagstiftningen lägger ett ansvar på klienten som den, enligt AA:s sjukdomsbeskrivning, är ur stånd att ta.

Socialtjänsten i olika *kommuner* i Sverige är centrala uppdragsgivare och deras agerande påverkar Avstampets verksamhet. Exempelvis behandlingstidens längd har i vissa fall påverkats, när placerande kommuner har genomfört budgetnedskärningar. Det tar numera ofta längre tid innan en kommun skickar klienten på behandling. Dessutom skapar en ökad arbetsbelastning på socialtjänsten viss oro bland personalen på Avstampet. Det påverkar behandlingsprocessen på ett negativt sätt, bl.a. när handläggaren inte har möjlighet att besöka klienten under behandlingen. Personalen på Avstampet upplever också att placerande socialsekreterare ibland ställer orimliga krav i vårdplaner eller att vårdplanen är dåligt skriven. Samarbetet med olika utbildningsorganisationer och arbetsförmedling upplevs som positivt och välfungerande.

4.4 Kontextuell förståelse av klienternas livsvärld

Under behandlingen på Avstampet består klienternas livsvärld i första hand av behandlingshemmet och den struktur och omgivningen den erbjuder. Eftersom det i intervjuerna kommer fram att klienternas livsvärld delvis inkluderas i behandlingen, exempelvis att personal åker med klienten och städar i klientens lägenhet, följer här en kort beskrivningen av klienternas livsvärld, så som personalen uppfattar den.

Enligt personalen präglas klienternas livsvärld av *allvarliga sociala problem*. Klienternas sociala nätverk består ofta av andra personer med

¹⁵ Bland annat Socialtjänstlagen.

missbruksproblematik. Detta påverkar klienterna både när de söker sig till behandling och när de ska klara sig på egen hand efter behandlingen. Det är vanligt att klienterna har flera misslyckade/avbrutna behandlingar bakom sig. Det finns också klienter som har hamnat i kriminalitet och suttit i fängelse. Personalens uppfattning är att ju värre klientens situation är, desto bättre utgångspunkt är det för behandlingen.

Utöver missbruksproblem är det *vanligt att klienter har en neuropsykiatrisk diagnos som till exempel ADHD*. Dessutom saknar klienterna ofta vardagsstruktur styrd av jobb eller skola. Många har därför valt att ställa sig utanför samhället. Det är vanligt att klienterna uttrycker att de inte känner sig accepterade i samhället. Ofta går missbruksproblematiken tillbaka i flera generationer.¹⁶

Nästan alla klienter på Avstampet har *blandmissbruk*. Den vanligaste kombinationen är drog- och läkemedelsmissbruk. När klienten har kommit ur sitt drogberoende, upplever personalen att det lätt ersätts med annan typ av beroende, exempelvis datorberoende.

Och jag förstår, har kanske fått en större förståelse för den problematiken som finns just i det åldersspannet som vi har mellan typ 20 och 30, de fastnar i datorer. Det ser vi också hos folk som flyttar ut i våra träningslägenheter, att de i stället för att göra det som, använda sig av de verktyg som vi föreslår, så sätter de sig hemma med datorn. Intervju 2

Klienterna har ofta stora *utmaningar i sina nära relationer*. Det kan enligt personalen delvis bero på att de anhöriga själva har missbruksproblem och att det förekommer våld i omgivningen.

*Jag kan ta ett exempel, vi fick en ny kille hit, och hans flickvän har också beroendesjukdom. Han var jätteorolig då han åkte hit på behandling för hon satt hemma, och troligtvis använde [droger].
Intervju 3*

Nära relationer kan också vara en styrka för klienten. Till exempel kan det vara anhöriga som uppmanar och motiverar klienter att påbörja behandling. Det kan också vara arbetsgivaren eller socialtjänsten som uppmanar klienten att söka sig till behandlingen. Det viktigaste är emellertid att klienten har egen motivation och vilja till förändring.

¹⁶ Avstampets observation om missbruk i generationer ligger i linje med teorin om "socialt arv" som läkaren Gustav Jonsson, föreståndare på behandlingsinstitutionen Barnbyn Skå, etablerade redan på 1960-talet (Jonsson, 1969).

5 Aktörer

5.1 Personalen

Avstampets personal består av sju personer: föreståndare (även psykoterapeut), VD och placeringsansvarig (även terapeut), behandlingschef eftervård (även terapeut), behandlingschef primärbehandling (även terapeut) och tre terapeuter. Varje klient har en egen terapeut, som också agerar som kontaktperson och håller kontakt med remittenten (till exempel en socialsekreterare). I första hand är det kontaktpersonen som ansvarar för klienten, och kontaktpersonens uppfattning styr till exempel om det ska tas beslut om något. Gentemot klienter definierar personal sig som normgivare och vägvisare.

5.1.1 Personalens drivkraft

Personalen utgör grunden för hela verksamheten vilket tydliggörs genom utsagan: *”personalen är behandlingshemmet”*. På individnivå har de anställda en *stark inre drivkraft* och kallelse att hjälpa andra människor.

Jo det går att byta ut personalen men dom måste komma med likvärdiga ...alltså man måste ha hjärtat med sig. Alla olika egenskaper, men man måste ha hjärtat med sig. Intervju 2

Jobbet beskrivs som en livsstil. Personalen arbetar med ”hjärtat” och utifrån sina individuella egenskaper. Detta betyder att personal använder sig själva som redskap i behandlingsarbetet. Personalens agerande präglas också av en känsla av meningsfullhet, då personalen erbjuder klienterna en möjlighet till ett bättre liv.

En svensk studie av hur olika professioner ser på sitt arbete undersökte bl.a. hur många som betraktar arbetet som ett kall (Brante, 2015). Studien visar att 28 procent av socionomer ser jobbet som ett kall och av behandlingsassistenter är det 35 procent. Det är möjligt att personalen på Avstampet har en starkare känsla av kall än på behandlingshem med annan ideologi. Dessutom innebär det sista steget i tolvstegsprogrammet att hjälpa andra. Kallelsen är därför inte bara en personlig drivkraft utan inbyggd i behandlingsideologin.

5.1.2 Lagarbete

Något som karakteriserar personalen som aktörer är att de agerar och ser sig själva som lagspelare. Det ses som en fördel om personalen har erfarenhet av lagsport och gruppdynamik. I personalgruppen finns en stark laganda som utgör grunden för relationer och samarbete mellan personalen. Att bedriva behandling anses vara ett lagarbete där alla är lika viktiga och allas insats behövs. Det beskrivs som att personalen känner varandra väl, litar på varandra, kommunicerar öppet och delar samma värdegrund.

En viktig del av lagarbetet är rak kommunikation både mellan personal samt mellan personal och klienter.

*Ja vi låter dom aldrig spela ut oss mot varandra. De försöker ... det är ju deras "jobb". Hela tiden så försöker dom. Ja men han gjorde si och så. Få oss att ta ställning. Vi ska ju ta ställning men absolut inte där ute och absolut inte visa det åt dem. Då kan vi gå in och så kan kollegan NN. komma och säga till mig, vad i helvete gjorde du nu?
Intervju 3*

Lagandan tycks ge trygghet och stabilitet för verksamheten, vilket ligger klart i linje med andra studier av behandlingsverksamheter (Andersson-Långdahl et al., 2014; Armelius, 2002). Personalen känner trygghet i relationerna till varandra, och klienterna kan därför inte "spela ut" personalen mot varandra. Det är också viktigt att personalen mår bra eftersom personalens stabilitet återspeglar sig i klienternas välmående (se även avsnitt 4.2.4).

5.1.3 Humanistisk människosyn

Personalens agerande kan antas utgå från en humanistisk människosyn, det vill säga inställningen att *alla människor är lika viktiga*. Det essentiella sägs vara att personalen älskar människor, visar respekt och omtanke för människan. Personalen ska inte på förhand göra tolkningar av klientens förändringsarbete.

Nästan nittio procent, respekt för dessa människor. De känner att jag respekterar dem, jag ser inte ner på dem, jag tycker inte att jag är bättre än dem. Jag jobbar mycket efter Kierkegaard¹⁷, alltså det spelar ingen roll vad jag kan, det spelar ingen roll vad jag vet, om inte jag når dem, om jag inte får dem att förstå det. Och då måste jag vara där de är. Intervju 2

Personalen betonar vikten av att genom handlingar förmedla till klienten att "jag ser dig" och att bemöta människan där han befinner sig. I människosynen ingår också en nyfikenhet på människorna och strävan efter medmänsklighet. Personalen är också beredd på att göra det lilla extra för klienten. Den humanistiska människosynen kan antas utgöra grunden för den relationsorientering som personalen har.

5.1.4 Relationsorientering

Personalens uppfattning om sig själva som aktörer präglas även av en tydlig relationsorientering, vilket också framkom i beskrivningen av grundantaganden i biståndskontexten. Detta sammanfattas i uttrycket "vi med dom". Samtidigt betonar personalen vikten av att det finns en tydlig gräns mellan vem som är klient och vem som är terapeut.

Personalen upplever det både som sin styrka och uppgift att bygga en relation till klienten. I praktiken betyder relationsorientering medlevarskap och tillgänglighet. Ett exempel på det är att dörren till kontoret alltid står öppen för klienterna.

¹⁷ Det som avses är det klassiska citatet av filosofen Søren Kierkegaard (1859): "Om jag vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål måste jag först finna henne där hon är och börja just där. -- All äkta hjälpsamhet börjar med ödmjukhet inför den jag vill hjälpa och därmed måste jag förstå att detta med att hjälpa inte är att härska utan att tjäna. Kan jag inte detta kan jag heller inte hjälpa någon."

Vi är medlevare, vi är stand-in-föräldrar, vi är förhoppningsvis rollförebilder i mångt och mycket, vi är de som tröstar, vi är de som kramar, vi är de som skäller. Vi är de som får dem att förstå att de är värdefulla, att de har en möjlighet att lyckas, vi är de som ger dem en lärobok och säger ”lär dig allt det här. Jag ska visa dig hur du ska använda det, gör som jag säger, låtsas tills du kan det”. Vi kan fortsätta i all oändlighet. Intervju 1

Relationsorientering är även synlig i hur personalen förhåller sig till remittenten (placerande socialsekreterare), det vill säga att man strävar efter att involvera och bygga en allians med handläggaren under behandlingen. Att personalen aktivt arbetar med att skapa allianser med handläggare under tiden klienten vistas på behandlingshemmet är sannolikt positivt för klienterna i två, delvis sammanhängande, avseenden. Dels är det viktigt att personalen har goda relationer till remittenterna eftersom det kan antas ”spilla över” och ha positiv inverkan på klienternas relation till remittenten under behandlingstiden. Dels är det av betydelse för det som sker efter vistelsen på Avstampet då klienten återvänder till sin hemkommun, eftersom det är viktigt att eftervård planeras i god tid innan avslutad behandling. Detta ligger klart i linje med tidigare forskning som, både ur ett klient- och handläggarperspektiv, visar på betydelse av klienters kontakter med placerande socialsekreterare under tiden klienten vistas på HVB (Jonsson & Gabrielsson, 2023; Morén & Blom, 2003; Runquist, 2012; Svensson, 2003).

5.1.5 Tyst kunskap

Personalgruppen har sammantaget omfattande erfarenhetsbaserad kunskap av missbruksbehandling och detta inkluderar *tyst kunskap (tacit knowledge)*. Tyst kunskap består av erfarenhet och intuition, där det tysta (tacit) syftar till det som är svårt att artikulera och beskriva (Osmond, 2006; Polanyi, 1967). Tyst kunskap aktualiseras exempelvis vid matchning och vid användningen av informella och situationsanpassade insatser (se 4.2.5; 6.6). Personalen uttrycker en medvetenhet om att det i vissa situationer är det just den tysta kunskapen som avgör hur personalen agerar. Enligt Polanyi (1967) är det kroppslig medvetenhet som är kärnan i tyst kunskap (se Bergheim, 2021).

Och det är den här tysta kunskapen, beröringen. Vem kan jag ta på, hur mycket kan jag ta på ... Intervju 2

I citatet illustreras att till exempel fysisk beröring inte passar alla, men att personalen ”vet” när en klient är i behov av det. Det är något personalen lär sig i arbetet.

5.2 Personalens syn på klienten som aktör och klientgruppens betydelse

På Avstampet definierar personalen klienten och klientgruppen som de viktigaste aktörerna. Det är klienten själv som visar vad de behöver jobba med. Klienten ska få känna att de är utvalda – att det är betydelsefullt att få komma på behandling just på Avstampet.

5.2.1 Den individuella klienten som aktör

Uppfattningen om klienten som aktör utgår ifrån att klienten ska vara ärlig mot sig själv, annars är det svårt för klienten att genomföra behandlingen, dessutom är klientens delaktighet i behandlingen helt nödvändig. Utgångspunkten är att klienten strävar efter en livsstilsförändring. Som aktör ska klienten vara aktiv, till exempel genom att delta i planeringen av sin behandling och läsa journalanteckningar. Det är en fördel om klienten uttrycker en stark egen motivation och vilja till förändring. Klientens uppgift är att bli frisk för sin egen skull.

Alla de här har ju försökt sluta droga på grund av sina barn, sin "någonting", och det har ju aldrig lyckats. Så själva behandlingen är fokuserad på individen. Det är det enda sättet att individen blir drogfri och sedan jobbar med sitt liv. Intervju 3

Enligt personalen behöver klienter som har svårigheter med att hantera sina känslor mera stöd och uppmärksamhet av personal, än klienter som inte har känslomässiga utmaningar. Personalen menar att i det början av behandlingen är vanligt att klienten inte har kontakt med sig själv, det vill säga klienterna anses "oandliga" och förmågan till logiskt tänkande saknas på grund av beroendet. För att klienten ska kunna genomföra behandlingen, måste han kapitulera helt.

Synen på klienten utgår från ett processtänkande om hur en förändring under behandlingen ska ske. Klienten ska lära sig att hantera sina tankar, känslor och acceptera sig själv och sitt beroende i stället för att använda mediciner. Processtanken blir tydlig i de exempel där klienten likställs med ett barn som saknar och ska lära sig gränser. Därför anses det i grunden positivt om klienten reagerar negativt på personalens agerande. Detta jämförs med barnets sätt att våga uttrycka negativa känslor mot föräldern. Det här inslaget i behandlingen förefaller ha en psykologisk/psykoanalytisk grund, snarare än att härröra ur Stora Boken.

Klienten som aktör framträder även i hur personalen ser på förlängning av behandlingen. Detta utifrån att de tänker att det är klienten själv som genom aktivt deltagandet i tolvstegsbehandlingen ska komma till insikt och fatta beslut om att söka förlängning. Personalen föreslår aldrig för klienten att den ska ansöka om förlängning, eftersom detta kan ha motsatt effekt genom att det ökar risken att klienten kan uppleva det som att han hålls kvar av ekonomiska skäl, vilket är inte är Avstampets utgångspunkt. Däremot, om klienten frågar vad personalen tror om förlängning, svarar personalen vad de tänker om en eventuell förlängning.

5.2.2 Klientgruppen som aktör

Synen på klienten som aktör kompletteras av hur personalen definierar klientgruppen och dess funktion i behandlingsprocessen. Användningen av gruppen och gruppdynamikens betydelse i behandlingen grundar sig på Stora boken och tolvstegsprogrammet. Detta betyder i praktiken att personalgruppen anpassar sig efter hur gruppen fungerar och tar ansvar. Personalen balanserar mellan att vara aktiva eller passiva beroende på vad gruppen upplevs behöva. Klientgruppen förväntas själv ta ansvar över tillfrisknandeprocessen, personalen erbjuder endast

verktyg.¹⁸ I praktiken förutsätts gruppen (genom att agera på egen hand) ge stöd och sätta gränser för varandra. Gruppen aktiveras också medvetet i vissa situationer (se 6.7).

Vi fick in en ny kille här, han sa till mig: "Du vet XX jag kommer inte klara av att vara här, jag kommer dra härifrån. Det finns inte på kartan att jag kommer fixa att vara här." Jag gick och pratade med två killar i gruppen och sa: "Grabbar ni vet ju hur det var att vara ny här? Det jag säger kommer inte hjälpa den här killen, han orkar inte vara med sig själv". De hade varit länge på behandling, NN är i slutet på sin behandling och: "Jag tar jättegärna på mig det där och tittar på honom lite extra." Grabben stannande kvar och sa att det känns sjukt mycket bättre. Gruppen tog hand om honom på ett fantastiskt sätt. Intervju 3

Klientgruppen som aktör kommer också fram i matchningsprocessen (se avsnitt 4.2.5). Personalen utgår ifrån att klienternas kunskap och erfarenheter är betydelsefulla och att de därför ska vara delaktiga i processen när en ny klient ska komma till Avstampet.

5.3 Remittent

En remittent är en person i en extern organisation, och vanligtvis den som beviljar behandlingen. Det vanligaste är att remittenten är en handläggare på socialtjänsten. Remittenten är alltid den som tar beslut hurvida behandlingen ska fortsätta om det exempelvis uppstår problem som misskötsel. Då kallas remittenten in till trepartssamtal där det tas beslut om klienten ska ges möjlighet att fortsätta behandlingen. Enligt personalen på Avstampet brukar detta fungera bra, för klienten kan då finna motivation att följa regler, kliva upp i tid och delta aktivt i behandlingen.

Utgångspunkten är att personalen håller remittenten informerad om hur det går med klienten i behandlingen.

Tät kontakt med remittenter. Vi försöker uppmana remittenten att komma hit och besöka klienten under tiden dom är här. Intervju 2

Att remittenterna uppskattar den täta kontakten kommer fram också i SSIL (2022) rapporten. Personalen önskar att remittenter involverar sig aktivt i behandlingen exempelvis genom att hälsa på klienten på Avstampet. Man håller kontakt med en remittent på kriminal- och frivården på samma sätt som med handläggare på socialtjänsten. Om remittenten inte kan besöka klienten kan man till exempel ordna ett möte online med denne.

Avstampet har som grundregel att aldrig skriva ut någon innan klienten getts möjlighet att åka till ett annat behandlingshem, i de fall där risk för utskrivning föreligger på grund av ett allvarligt regelbrott. Utskrivning tas alltid upp med ansvarig remittent, som gör bedömningen om fortsättningen. I fall där klienten har misskött sig ett flertal gånger eller då det skett en grövre misskötsamhet som inte föranleder utskrivning, då erbjuds klienten en konsekvens-/motivationsbehandling

¹⁸ Med verktyg menas i rapporten sätt att tänka och agera, fr.a. i relation till missbruket, som lärts ut på Avstampet. Varje steg i programmet innehåller ett verktyg.

hos någon av Avstampets samarbetspartners. Denna behandling är vanligtvis två till tre veckor lång, sedan kan klienten ges möjlighet att återgå i behandling på Avstampet.

6 Insatser

Primärbehandlingen på Avstampet tar 3-6 månader, under den tiden görs olika insatser i syfte att komma till rätta med klienternas missbruksproblem. I det empiriska materialet från Avstampet kunde vi identifiera en bred repertoar av insatser utförda av olika aktörer. I det här kapitlet har vi kategoriserat Avstampets insatser under nio olika rubriker.

6.1 Insatsernas inramning

Alla insatser som Avstampet erbjuder ramar in av tre förutsättningar. Dessa är det relationella arbetet, modellinlärning och de dagliga rutinerna och strukturerna som styr vardagen på Avstampet. Dessa förutsättningar utvecklas i de nedanstående avsnitten.

6.1.1 Det relationella arbetet med klienter

I enlighet med det relationella förhållningssättet så är en grundförutsättning för alla insatser på Avstampet att personalen bygger upp en relation till klienten. Det är viktigt att klienten lär sig att personalen finns och står kvar vid hans sida. Detta leder till *en allians* mellan klienten och personalen.

(...) men de första tre veckorna så får de inte gå någonstans utan att personal är med. Så är de och tränar, då är vi med dem och tränar, ska de på butiken så är vi med dem där. Intervju 2

I det relationella arbetet kan vi identifiera tre återkommande element som ska leda till att det uppstår en allians mellan klient och personal. Det första är att *förmedla omtanke* till klienten. Klienten ska känna att personalen bryr sig om hur han mår. I början av behandlingen är det viktigt att klienten känner sig välkommen.

Jag tänker så här, att hur vi kontrollerar deras rum så att det, ett medmänskligt sätt, inte kanske där med pekpinnar... jag tycker att det viktigaste är att du ska känna dig välkommen och att vi bryr oss. Alltså det känner jag är grundstolpen. Intervju 2

Personalen beskriver att det är grundläggande att klienten känner sig sedd och att personalen känner in vad klienten behöver vid olika tillfällen. Att förmedla omtanke är samtidigt en speglingsprocess av hur klienten mår.

Det andra elementet för att alliansen ska uppstå är *personalens tillgänglighet*. Personalen spenderar mycket tid med klienterna. Terapeuterna är på plats även på kvällarna och personalen kan umgås till exempel genom att se på tv och äta tillsammans. Det betyder att klienterna lär känna personalen också som personer och inte bara som terapeuter. Tillgängligheten leder ofta till spontana samtal.

Och det har jag märkt när vi är här på kvällar och (...) när vi går ut till gruppen, då är vi avväpnade på något sätt, då kan de komma till oss och prata om saker som man inte riktigt tar här [i terapirummet] kanske. För att då är det lite "vi mot dem". Men där ute då blir vi lite mer med dom. Intervju 1

Det tredje elementet i att bygga allians är *utmaningar*. Personalen utmanar under behandlingsprocessen klienter till förändring på olika sätt. Detta förutsätter att klienten känner förtroende för personalen. Även klienten har tillåtelse att utmana och ifrågasätta personalen. I en trygg relation får klienten testa gränser. Det viktigaste då är att personalen står kvar. Klienterna tillåts ha en negativ attityd, de tillåts tvivla, de tillåts ifrågasätta programmet. De till och med uppmanas att göra detta.

Och sedan så ... får de ha invändningar, hur känns det att ha de här invändningarna? Ja men hur känns det att höra att du måste tro på Gud? Hur känns det att höra att du måste göra det här? Ja det känns förjävligt. Ja det förstår jag att det känns förjävligt. Men gör det så får du se sen. Intervju 3

Utmaningar som personalen ställer klienterna inför kan till exempel vara jobbiga frågor, tillsägningar, att lista saker klienten är tacksam för eller introduktion av nya perspektiv. Personalen går inte in i en diskussion om vad som är rätt eller fel utan frågar exempelvis ”hur känns det att höra att det är på det här sättet, hur känns det att höra att du behöver göra det här, eller är du villig att pröva ett tag och sedan se om du ändrar uppfattning?”. Personalen påpekar att trots det relationella förhållningssättet och medlevarskap är det viktigt att för klienterna tydliggöra skillnaden mellan att vara personal och klient.

6.1.2 Modellinläring

Personalens förhållningssätt till klienterna kännetecknas delvis av modellinläring. Utgångspunkten är att personalen ser sig själva som vuxna förebilder, som klienter kan identifiera sig med. Modellinläring är också kopplat till att det på Avstampet finns terapeuter som själva har missbruksbakgrund. I praktiken sker modellinläringen bland annat när personalen visar klienterna hur de kan använda de olika verktyg de får under behandlingen.

Klienten tänker: ”Nä men nu ska vi kasta lite boll här sinsemellan”, och så kastar de boll och tycker att det är en tävling om vem som ska hinna få den mest, och så översätter man det. Vad är det vi kastar och vad är det vi ska ta emot, behöver vi släppa våra värderingar för att kunna ta emot nya ... och det blir ett verktyg. Och man kan koppla det till de här övningarna till varenda del i behandlingen. Och det tänker jag lite grand kan vara ett vidare steg att lägga fram, att få in lite mer utav det. Nu håller vi på att köra på det här och ska lära oss det och ska få det att sätta sig. Intervju 2

Det är personalens uppgift att demonstrera hur de olika verktygen kan användas. Ett annat exempel på detta är att personalen åker och motionerar/tränar tillsammans med klienter. Samtidigt med träningen kommunicerar och pratar personal och klienter om det som klienten håller på att lära sig.

6.1.3 Rutiner, regler och dagsprogram

Det finns flera rutiner som präglar vardagen på Avstampet och som görs för att säkra en drogfri miljö för klienterna. Den första tiden på Avstampet får klienterna inte vistas ensamma i det samhälle där verksamheten är lokaliserad. Rutiner kan ses både som en del av biståndskontexten och som insatser. Till exempel varje morgon, och

varje gång klienterna har varit utanför behandlingshemmet, ska de blåsa i en alkometer. Utöver det ska alla lämna två urinprov i veckan och resultaten rapporteras till remittenten varje vecka. Dessutom ska mobiltelefonen lämnas in under tiden gruppaktivitet pågår, samt att klienterna får träna maximalt 3 gånger i veckan.

Vi kan ju ta åt oss äran när det gäller att ha satt upp strukturen, för hur de kan göra det här. Men resultatet, det ligger (...) visst ligger det en del hos oss också, men för att kunna förmedla det, och sätta själva regler och strukturen i behandlingshemmet (...) Vi skulle kunna ha haft hur slappa regler som helst (...) men vi sätter reglerna och hjälper dem att följa dem. Intervju 1

Dagen inleds med en morgonrunda (gruppsittning) som avslutas med en sinnesbön.¹⁹ Måltiderna förbereder klienter och personal tillsammans. Det finns också en rutin för vad som sker vid återfall. Om klienten stannar kvar på Avstampet förutsätter det avgiftning, konsekvensbehandling eller återfallsprevention under 3-4 veckor hos någon samarbetspartner. Beslut om dessa åtgärder och om behandlingen kan fortsätta görs dock alltid individuellt.

6.4 Manualbaserade formella insatser

I Avstampets verksamhet kan vi urskilja fyra olika typer av insatser: 1) formella (vissa manualbaserade), 2) informella, 3) situationsanpassade och 4) gruppinsatser.

De formella insatserna på Avstampet grundar sig på att klienten går genom alla tolv stegen och personalens uppgift är att agera i enlighet med de stegen. Varje steg består av en uppgift som leder vidare till nästa steg. I steg 1 handlar det till exempel om att beskriva problemet. En viktig del av programmet och de olika stegen är att personalen förmedlar ny kunskap till klienter. Kunskapen utgör grunden för det jobb som klienten gör med sig själv. Utöver kunskap lär klienten sig olika konkreta verktyg under de olika stegen. Verktygen finns i Stora boken och de ska användas för att kunna leva ett nyktert liv.

Sedan så är det ju också lite grand så här att, när man jobbar i steg 1, t.ex. som ska beskriva problemet, och så går man till steg 2 som ska beskriva lösningen, de kanske inte fattar den, steg 3 handlar om beslutet att stå kvar i problemet eller arbeta för lösningen. Och så när fjärde steget kommer som är kartläggningen, så fastslår ju fjärde steget, det första steget. Så har de inte förstått första steget så har vi fjärde steget att befästa det på... Och ändå finns de här som inte kommer längre än till första steget ... att de aldrig kapitulerar, de ska köra sitt race. Intervju 2

I Avstampets verksamhet kan vi urskilja ett antal formella insatser som baseras på Recovery Dynamics-manualen och de tolv stegen. Dessa insatser utgör stommen i behandlingen och de riktar sig till alla klienter.

¹⁹ "Sinnesbönen" (2023) är en kristen bön som ofta används inom tolvstegsrörelsen: "Gud, ge mig sinnesro att acceptera det jag inte kan förändra, mod att förändra det jag kan och förstånd att inse skillnaden."

- *Gruppterapi*
- *Individuell samtalsterapi med egen kontaktperson 1 gång i veckan*
- *Deltagande i självhjälpsmöten 2 gånger i veckan (NN/AA)*
- *ADL-träning och social färdighetsträning: promenad varje dag, planering av veckans meny och aktiviteter, städning*

Utöver ovanstående regelbundna insatser är följande insatser relativt återkommande i behandlingen, beroende på behov:

- *Enskilda psykoterapisamtal*
- *ASI-utredning²⁰ (Addiction severity index)*
- *Kriminalitetsprogram²¹*
- *Återfallsprevention*

I behandlingen tillämpas även konsekvenspedagogik och i några av behandlingsstegen finns inslag av kognitiv beteendeterapi. Avstampet erbjuder också trauma- och sorgebehandling enligt klientens behov. Anhöriga erbjuds att delta i anhörigprogrammet. Efter behandlingen finns möjlighet till eftervård under cirka ett års tid. Då är det vanligt att klienten bor i en träningslägenhet och jobbar/studerar på deltid. Efter behandlingstiden kan klienterna åtkomma till Avstampet för så kallade fördjupnings- och eftervårdsveckor. Klienten har möjlighet att ta ut nio fördjupnings- och eftervårdsveckor under en tid av elva månader efter det att behandlingen avslutats. Eftervården kan även bestå av en eftervårdsdag var femte vecka samt en digital träff en gång i veckan. Dessa fördjupnings- och eftervårdsveckor liknar "booster sessioner" som ofta erbjuds i terapi en tid efter en att den huvudsakliga behandlingen officiellt avslutats. Det generella syftet är att förstärka och underhålla de positiva förändringar som har skett under behandlingen, samt hantera eventuella svårigheter som uppkommit (APA Dictionary of Psychology, 2023).

6.5 Informella insatser

Parallellt med de formella insatserna kan urskiljas insatser som inte utgår ifrån det manualbaserade programmet utan baserar sig på en behandlingsfilosofi om medlevarskap och användning av tyst kunskap. De informella insatserna uppstår i ett mellanrum mellan det formella behandlingsprogrammet och strukturerna som styr vardagen på behandlingshemmet. Det betyder att terapeuterna arbetar med klienterna även utanför terapirummet, och att de då interagerar på ett mer vardagligt och situationsanpassat sätt. De informella insatserna skapas/förmedlas i stunden genom att personalen läser av olika situationer och ser vad klienterna behöver. Enligt personalen är de informella insatserna lika viktiga som formella.

Informella insatser kan definieras som icke-uttalade eftersom de ofta baserar sig på en känsla som personalen har, delvis på vad en individuell klient behöver eller att personalen vill stärka sammanhållningen i gruppen. De informella insatserna sker ofta utanför det som är schemalagt.

²⁰ Addiction Severity Index (ASI) är en standardiserad bedömningsmetod i intervjuform avsedd för användning i missbruks- och beroendeverksamhet. Den finns i två varianter, en grundintervju (ASI Grund) och en uppföljningsintervju (ASI Uppföljning) (Socialstyrelsen, 2023).

²¹ Kriminalitetsprogrammet är skapat av alkohol- och drogterapeuten Gunnar Bergström (se <https://www.pedagogkonsult.se>)

Jo, är det så att någon har en rättegång någonstans så är vi med dem på rättegången. Vi sätter inte dem på en buss att göra det själv. Är det någon som måste åka hem och städa ut en lägenhet så då följer vi med ... där bryter vi också mot många konventionella behandlingshem som säger att det där är inte vårt jobb. Det där får ni ta med någon annan. Men vi anser att det är en del av vad vi ska göra. Så då följer vi med dem dit, gör det, hjälper dem med de grejerna. För det kan vara livsavgörande, för far de hem och städar och så hittar de knark, vad ska de göra då? Intervju 1

En central förutsättning för att kunna använda informella insatser är att personalen har tillåtelse från varandra att göra det: "Att man har en tillåtande anda i arbetsgruppen" (Intervju 2). Utan medlevarskap och personalens närvaro; till exempel genom att dricka kaffe tillsammans, skulle det inte finnas grogrund för det informella stödet.

Ibland kan de informella insatserna formuleras tydligt, till exempel att personalen ser att en klient är i behov av en extra kram eller att man anpassar uppgifterna utifrån hur klienten mår.

Och sedan de situationsbaserade, som NN2 säger, de kan ju bli informellt formulerade, när vi säger att det där funkade bra. Men vi hade en kille här som resonerade med NN1 här, han ville inte redovisa, han var skakig och rädd... "Ta de här två uppgifterna då, och så gör du det enskilt". För skulle vi ha tvingat honom att redovisa i grupp, då skulle han förmodligen inte varit kvar. Men han fick ta dom enskilt, och så efter en 3-4 veckor så fick han återgå och göra det i grupp. Intervju 3

Fyra olika typer av informella insatser kunde identifieras i Avstampets verksamhet:

1. Bemötande och omtanke – Jag ser dig

Personalens sätt att bemöta och visa omtanke om klienterna kan betraktas som en informell insats. Bemötandet och omtanke är förutsättningar för att personalen ska känna in vem som kan vara i behov av extra stöd eller närvaro. Det betyder till exempel att personalen alltid hälsar på klienterna då de kommer till jobbet och frågar: "Hur har du det". Klienten ska känna att han är sedd och värdefull. Personalens olika sätt att förmedla åt klienterna att de ser dem utgör en grund för alla informella insatser.

2. Fysisk beröring

Exempel på informella insatser i termer av fysisk beröring är en kram, klapp på axeln, massage (också i grupp), sitta bredvid och närhet (exempelvis att se på film tillsammans).

3. Upplevelser

Utöver vardagliga rutiner ordnar personalen olika aktiviteter utanför behandlingshemmet. Målet är att öppna upp nya perspektiv som grund för ett

bra liv. Det kan handla om att personal och klienter åker på en utflykt eller övar på positivt tänkande.

Sedan åker vi ut på helgerna på aktiviteter med dem, nu till helgen ska vi till fäbodarna och fiska. Och de har valt den sämsta fiskaren att följa med och det är ju jag, jag har ju inget tålamod. Men de säger att jag kan vara lugn, för det räcker att stoppa ner spöt så får jag fisk. Någon annan gång så är det gokart eller slalom eller bio eller sådana här saker så att de kommer ut och ser att de här sakerna kan vi göra i samhället. Intervju 1

4. Pedagogiskt opedagogisk

Personalen beskrev en informell insats som de ad hoc benämnde ”pedagogiskt opedagogisk”, vilket handlar om personalens sätt att avsiktligt väcka en reaktion hos klienten. Till exempel kan det betyda att personalen väljer att gå rakt på sak i sitt bemötande av klienten, utan att tona ned eller dämpa budskapet. Det kan också betyda att någon i personalen tar på sig rollen som ”bad cop”, och den andra tar rollen som ”good cop”. Situationer som ”skakar om” klienter anses möjliggöra en annan informell insats till exempel i form av tröst eller lugnande beröring.

Lite grann baserat på vilka roller vi har då kan jag komma in så duvar jag till dem ordentligt och pekar med stora handen och talar om och bla bla bla och sen säger jag: ”Nu lämnar jag er”, så drar jag. Jamen då är det kvar någon annan, då är NN1 kvar där med en jättekram, så då har de först blivit så där jätteskakiga då vill de ha tröst sen brister det. Sen kommer NN2, NN2 har fått städa efter mig många gånger ... Så nästa gång går jag fram till dem och ger dem en kram eller så säger jag ”ska vi gå och ta en fika?”. Det är inte det första man gör med en klient, men då känner de att det finns kärlek där, jag kommer inte in, jag sätter mig inte över dem. Intervju 2

En viktig förutsättning när personalen väljer att vara ”pedagogiskt opedagogisk” förefaller vara att de känner klienten och att personalen på det hela taget samtidigt förmedlar omtanke. Sammanfattningsvis kan vi konstatera att de informella insatserna ofta överlappar varandra och uppstår som ett resultat av medlevarskap.

6.6 Situationsanpassade insatser

Den tredje typen av insatser är situationsanpassade, dvs. insatserna skräddarsys på basis av klienternas specifika behov. Situationsanpassade insatser kan antingen vara informella eller formella. Användningen av situationsanpassade insatser tyder på att behandlingen har ett inslag av individuell anpassning och att det finns en hel del flexibilitet i programmet. Personalen beaktar klientens mående och erbjuder på basis av det extra stöd i form av samtal eller en aktivitet.

Det finns saker som stör dem också. Vi hade ju en kille här med hans motorfordon och, då ser vi ju till att hjälpa till, så att de blir av med störningsmomentet. Han behövde sälja den. Ja men: ”Ta den här tiden och gör dig av med den”. När det snurrar på där uppe, då

kommer i alla fall inget annat in. När det kommer in i kugghjulen så kastas det bara ut. Så det är ju som lite individuell bedömning vad man tar tag i. Har någon jättemycket tandvård så måste vi ju se till att den kommer till tandläkaren. Det kan ju vara "tandvård" på andra områden också. Intervju 3

Situationsanpassade insatser har ofta karaktären av "det lilla extra". Det kan vara att personalen vid lämpligt tillfälle väljer att göra en extra insats som social färdighetsträning i form av att dricka kaffe på ett fik. Ett annat exempel är att alla klienter inte klarar av beröring och närhet, men någon annan är i stort behov av det. Situationsanpassade insatser kan även uppstå under en aktivitet som pågår, exempelvis att personalen bestämmer sig för att gå och äta lunch på stan i samband med en promenad.

Ofta handlar situationsanpassade insatser om att erbjuda extra stöd åt klienten i en situation utanför behandlingshemmet. Exempel på detta är att personalen följer med på en begravning eller att de hjälper till att städa ur en lägenhet. I stället för att lämna klienten ensam, väljer personalen att följa med och finnas där. Detta kan beskrivas som att personalen "går en extra mil" tillsammans med klienten.

Personalen har ett betydande handlingsutrymme (jfr Svensson, Johnsson & Laanemets, 2021) att använda situationsanpassade insatser underbehandlingsarbete. Till exempel kan personalen fatta beslutet att åka ut med Avstampets buss mitt i natten, om det ger klienten möjlighet att bryta dåligt mående, abstinens, ångest osv.

En formalisering vi har, det är att "ta vår buss och fara ut och köra", det är en bra terapi. Den är situationsstyrd, ja, när situationen uppstår. Men det är ett verktyg som vi vet att vi har. Så den är ju inte helt situationsstyrd. Det finns en beredskap för den. Intervju 3

Ibland bedöms andra åtgärder än samtal vara bästa terapin och personalen betonar att de har mycket erfarenhet av vad som fungerar som situationsanpassade insatser. Insatserna är med andra ord ofta beprövade, men behovet av att använda dem uppstår i situationen.

Det finns båda delar, det finns också naturligtvis fingertoppskänsla, för många av dem har vi ju prövat, många av dem vet vi att de fungerar. Men naturligtvis händer det att vi bara hittar, känner efter: "hör du, vi går och ser bio du och jag", "nu går vi och tar en kaffe". Intervju 3

Ibland har situationsanpassade insatser ett element av att "testa och se" vad som händer, vilket framgår av citatet ovan. Det kan innebära att personalen tänjer på eller utmanar professionella gränser. I situationsanpassade insatser finns inslag av en rollöverskridande-mekanism (Blom & Morén, 2015) i och med att personalen ibland kan överskrida den formella/traditionella behandlarrollen. Personalen och klienterna möter varandra, inte i sina formella roller, utan även som personer bakom de samhälleligt tilldelade rollerna

6.7 Gruppinsatser

En central beståndsdel i Avstampets behandlingsfilosofi är att klientgruppen ska användas och medvetet aktiveras på olika sätt under behandlingen. Detta sammanfattas i följande tanke: *”Gruppen är stödet och programmet är förändringen”*. Gruppinsatser utgår från den gruppdynamik som ingår i Stora boken och som manifesteras i den manualbaserade behandlingen där användningen av gruppssessioner är ett uttalat inslag.

*Gruppdynamiken är ju den andra jättestora pusselbiten i boken här. Det är två delar av lösningen. Det är gruppen för stöd, och det är väldigt viktigt vi får inte tappa den biten. Det står i kapitlet, det finns en lösning. Där står det två delar av lösningen. Gruppen är stödet och programmet är förändringen, förändringsarbetet.
Intervju 3*

Även mycket av ADL-träning i form av olika vardagssysslor sker i klientgruppen. Det är gruppen som tillsammans med personal åker på utflykter och planerar olika aktiviteter. I praktiken uppstår gruppinsatser genom att personalen systematiskt uppmanar klienterna att stödja varandra och dela sina tankar och erfarenheter i gruppen. Ofta styr personalen klienterna till att dela sina tankar i gruppen i stället för i enskilda samtal.

Jag tror ju att det som gör oss lite unika är att, på en del ställen är man jätkligt noga med att ”det där får du ta med gruppen”. En klient kommer in och vill ha ett enskilt samtal med terapeuten men ”det där får du ta ute i grupp, för det är gruppterapi här”. På andra ställen har man i stort sett bara enskilda samtal. Och vi tittar lite grann på vad har jag gjort i AA självhjälpsgrupperna som har båda inslagen. Man har en sponsor/mentor i AA som man tar det personliga med. Men då kan de få komma till oss som kontaktperson och ta det personliga. Sådant som det kanske inte är läge att ta i gruppen. Då kan man säga ”Jag hoppas du kan ta det där i gruppen”. Så att vi försöker kombinera det. Intervju 1

Det här leder till att kamratstöd blir ett viktigt element av behandlingen. Hur gruppen fungerar och tar ansvar beror bland annat på den informella ledaren. Klientgruppens åsikter och tankar beaktas också då en ny klient är på väg in (se 4.2.5 Matching). Personalen är medveten om att gruppdynamiken också medför utmaningar. Exempelvis kan en klient enskilt berätta om något den gjort, men personen påstår i en gruppträff att han inte gjort sådant. Personalen försöker att inte bli ”uppsnurrade” i någon hemlighet som kan vändas mot dem. Därför är det viktigt att personalen är tydlig och berättar för klienterna vad som gäller.

6.8 Klienternas handlingar och insatser

Klienterna påverkar behandlingen och dess process med sina handlingar. Det bör påminnas om att i denna studie är det personalen som beskriver klienternas handlingar och insatser under behandlingen, det är alltså inte klienternas egna redogörelser. Klientinsatserna kan grovt sett indelas i det som syns och uttrycks utåt, och i det tankearbete som klienten gör och som pågår i människans inre.

Men de gör ju jobbet hela tiden. Och det är ju det som är meningen, att alla ska bli en ansvarstagande individ. Intervju 1

Mycket av det som syns utåt kan sammanfattas som att klientens insats är att de deltar aktivt i behandlingen. Till exempel att de uttrycker sina behov, visar sina känslor, lär sig att använda de verktyg de får i de olika stegen, söker kontakt med personalen osv. Som aktiva handlingar från klientens sida kan också räknas det att klienten kontakter sin handläggare på socialtjänsten, uppvisar motivation, söker förlängning av behandling på eget initiativ, följer med på möten och upprepade gånger ger sitt medgivande till urinprov. Ett annat exempel på klientens insats är att de själv tar initiativ och kommer med förslag.

Det är också vanligt att klienterna utmanar personalen genom att få dem att ta ställning till olika saker. Negativa handlingar är till exempel försök att smyga in droger eller mobiltelefoner. Positiva handlingar är att klienten tyr sig till någon i personalen extra mycket. Klienterna själva bildar på det sättet aktivt relationer till personal under behandlingen. Det är också vanligt att klienter håller kontakt och hör av sig efter avslutad eller avbruten behandling. Relationer bildas också mellan klienterna i form av att de ger stöd till och "kontrollerar" varandra.

Det osynliga inre tankearbetet består av att klienterna reflekterar över sitt liv och sina relationer. De jobbar med sig själva och tar in ny information, som ska bearbetas.

De listar först personer ur det förflutna, vad som har varit, och sedan listar de händelser. Det är ju inte så att vi jobbar utifrån deras fru eller någonting eller en människa som finns nu. De kartlägger ju bakåt. De kartlägger ju det här, för att kunna jobba framåt. Vi helas från insidan och ut. Intervju 3

Att klienten lär sig använda verktygen och prövar dem i praktiken kan räknas som en fundamental klientinsats.

6.9 Socialarbetarinsatser

Med socialarbetarinsatser avses här insatser för klienterna gjorda av placerande socialsekreterare i hemkommun (nedan benämnd handläggare²²), under den perioden klienterna vistas på Avstampet. Socialarbetarinsatser avser även handläggares samarbete med Avstampets personal. Båda typerna av insatser är enbart beskrivna ur Avstampets perspektiv.

Samarbete med handläggaren

En handläggare godkänner Avstampets genomförandeplan som grundar sig i den vårdplan som handläggaren inom socialtjänsten har skrivit. Efter det blir handläggaren delaktig i behandlingen genom veckorapporter från Avstampet. Det ingår också samverkansmöten under behandlingen. Vid återfall kontaktas handläggaren och eventuell fortsättning övervägs. Handläggaren är den personen som beslutar när behandlingen påbörjas och avslutas.

²² Ordet handläggare valdes eftersom personalen på Avstampet i huvudsak använt den benämningen.

Handläggare och klient

Enligt Avstampets personal är det ur ett klientperspektiv betydelsefullt att handläggaren besöker klienten under behandlingen. För klienten är det ett bevis på att han blir sedd och är värdefull:

Och kommer socialsekreteraren hit så har socialsekreteraren gett ett värde till klienten och den kan ta, de kan använda vårt värde till sig själv för de har oftast inget eget eller väldigt lågt. Det tänker jag också är en aspekt. Intervju 3

Det viktiga anses vara att handläggaren på ett eller annat sätt håller kontakt med klienten under behandlingen och är kontaktbar. I rollen som beslutsfattare agerar handläggaren också som en gränssättare. Handläggaren kan därigenom ställa krav på klienten.

Och det bästa är när remittenten kommer in och säger det. Vi tänker inte satsa de här pengarna på dig om du inte gör det som ska göras. Då börjar det brinna där ute och då börjar de tvingas att byta mönster. Intervju 3

Personalens uppfattning gällande vikten av att handläggaren prioriterar fortsatt kontakt med klienten under behandlingstiden sammanfaller med vad tidigare forskning säger. Studier har visat att fortsatt kontakt mellan socialsekreterare och klient är viktig för att stötta klientens förändringsprocess och för att uppnå positiva resultat genom behandlingsinsatsen (Jonsson & Gabrielsson, 2023; Morén & Blom, 2003; Runquist, 2012; Svensson, 2003). Det är viktigt att handläggaren är tillgänglig och engagerad i klienternas behandling för att stödja deras behov och uppnå goda resultat. Kontakten mellan handläggare och klient kan även vara viktig för att ge klienten motivation till att fullfölja behandlingen. Den kan bidra till att klienten känner sig stöttad, motiverad och mer självständig i att ta ansvar för sin behandling.

7 Resultat

I detta kapitel presenteras personalens uppfattning(ar) om vad som är resultat av behandlingen, hur Avstampet bedömer resultat, samt en sammanfattning av resultatdefinition som kan fungera som måttstock för en lyckad behandling.

7.1 Nuvarande resultatdefinition

Den nuvarande resultatdefinition baserar sig på både den uppföljning som Avstampet själv har gjort och på personalens erfarenheter av att arbeta med klienterna. Antalet klienter som är drogfria vid behandlingens slut har enligt Avstampet ökat markant sen Recovery Dynamics togs i bruk. Enligt Avstampet är 75-80 procent av klienterna drogfria då behandlingen är klar. Detta baserar sig på Avstampets egen uppföljning som gjorts mellan 2019-2021 och som pågår fortfarande. Forskargruppen har inte haft tillgång till den data som Avstampet själv samlat in och kan därför inte verifiera utsagorna om de ovannämnda behandlingsresultaten. Det saknas också information om hur lång tid efter avslutad behandling uppföljningen gjordes och hur många klienter som avbröt sin behandling under uppföljningstiden.

Trots den uppföljning man gjort, upplever personalen att det är utmanande att veta hur och när de ska bedöma behandlingsresultat:

Men en lyckad behandling, hur mäter vi det då? Är det att de har gjort alla 12 stegen, eller är det att de har varit här den stipulerade tiden som var överenskommen från början. (...) det är det här som den här verksamhetstypen nästan inga svar har på. För vi vet inte.
Intervju 1

Den upplevelsen av osäkerhet kan antagligen bidra till att förklara varför personalens uppfattningar varierar, gällande vilka resultat behandlingen på Avstampet åstadkommer. Den nuvarande resultatdefinitionen är mångfacetterad och resultaten skiftar beroende på hur och när de bedöms. Detta leder till att klienteffekterna till viss del upplevs vara otydliga. Det finns även en oklarhet som gäller om resultaten faktiskt har förändrats sedan de började arbeta med Recovery Dynamics, och i så fall hur mycket bättre Avstampet är i dag.

Den nuvarande resultatdefinitionen kan sammanfattas som en påbörjad livsstils- och personlighetsförändring. Personalen anser att resultatet av behandlingen är att klienten har valt och påbörjat en livsstilsförändring vilket sammanfaller med att man också ändras som person. Det betyder att effekten av behandlingen klarnar först när klienten ska klara sig på egen hand utanför behandlingshemmet: "När de ska ut i livet, när de ska leva det riktiga livet, utan oss som skyddsnät." Detta indikerar att Avstampet har en processuell syn på resultaten. Ett tidigt mått på framväxande resultat är att klienten känner framtidstro och hopp.

För mig är väl resultatet från den dagen de kommer hit, då jag ser rädslan, skräcken, hopplösheten ... den känns, den går att ta på. När de har varit här då är det ombytt till framtidstro, det finns ett hopp i ögonen. Jag pratar nu om väldigt subtila signaler, men de är tydliga, de är starka. De pratar på ett sätt som gör att jag förstår

att de själva har gjort ett förändringsarbete med hjälp av en sådan enkel sak som att följa en manual. Intervju 2

Personalen är samstämmig i att behandlingen är lyckad då *drogfriheten varar över tid*. Detta innebär till exempel att klienten klarar av utmaningar och motgångar utan att börja använda droger igen. Om behandlingen är lyckad kan därför inte bedömas direkt efter att den är avslutad. Ibland blir klienten drogfri först efter ett återfall. Det är rimligt att resultat av missbruksbehandling dels kan förändras beroende på hur lång tid som förflutit sedan behandlingen, dels att resultat kan vara mer eller mindre beständiga i relation till olika sammanhang (jfr t.ex. Blom & Morén, 2007; 2015).

Andra måttstockar för vad som är resultat av en lyckad behandling tar fasta på hur själva behandlingen har gått till och hur klientens situation ser ut vid utskrivning. Ett sätt att definiera en lyckad behandling är enligt personalen att klienten har *genomgått hela behandlingen* och fått med alla de verktyg som ingår i behandlingen. Enligt Avstampets personal är det relativt få som avbryter behandlingen. Ett annat sätt att betrakta lyckad behandling utgår från att behandlingen kan vara lyckad fast *klienten inte väljer en total drogfrihet*, men man ser att det har skett en positiv förändring i klientens liv och individen inte lider lika mycket som i början av behandlingen. Ytterligare ett synsätt utgår ifrån att klienten har fullföljt behandlingen, dvs. alla 12 stegen, och är *drogfri vid utskrivning*. Detta mäter resultatet på en kort sikt.

Så idag så har vi, jag tror att vi har mer drogfri tid, drogfrihet, de senaste 2,5 åren än vad vi hade mellan 2,5 och 5 år tillbaka. (...) Vi har mindre droger idag, är jag övertygad om, än vad vi hade för 2,5 år sedan. Vi har fler personer som genomgår den utsatta behandlingstiden. (...) Vi har fler personer som ... utan att vi tar så mycket i de frågorna ... de kommer själva och söker behandling ... de vill ha en förlängning. Intervju 1

7.2 Klienterna som håller kontakt med Avstampet efter avslutad behandling

Avstampet har ingen dokumenterad långtidsuppföljning av klienter som genomgått behandling, men det beskrivs utifrån personalens erfarenheter att många klienter håller kontakt med Avstampet under lång tid. Personalen berättar att många klienter vill återkomma och "bolla sina tankar" med dem. Detta ger en viss tillgång till longitudinell information om hur det går för klienterna och vilka långsiktiga effekter genomförd behandling har. Klienter som håller kontakten förmedlar till exempel att de kan relatera till vistelsen på Avstampet och dess betydelse för livet. Personalen beskriver att många klienter berättat att tiden på Avstampet representerar en bra period i livet. Samtidigt är denna information av ad hoc-karaktär och forskarnas bedömning är att Avstampets resultatuppföljning skulle vinna på kompletteras med mer systematisk information om klienteffekter efter avslutad behandling.

7.3 Effekter

Personalen beskriver olika typer av effekter som i det följande kategoriseras utifrån KAIMEr-teorins resultatbegrepp och beskrivning av behandlingsprocessen på Avstampet. Effekterna följer ett kontinuum (tidiga, medellånga, långsiktiga)

beroende på när de uppstår. Vidare delas effekterna in i generella och specifika yt-, process-, och djupaspekter.

7.3.1 Ytaspekter – observerbara beteendeförändringar

I personalens beskrivningar går det att identifiera såväl generella som specifika ytliga effekter, både under behandlingen och som dess slutresultat. Detta indikerar att personalen på Avstampet, generellt sett, har en relativt god överblick av olika typer av ytförändringar hos klienterna.

Idag är han en av dem som bor i träningslägenhet och är drogfri och tillämpar det han har fått med sig härifrån. Har kommit ut och är på väg in i ett arbete och har fått börja en provanställning.

Intervju 1

Vanliga exempel på generella ytaspekter under behandling kan vara att klienten lämnar negativa drogprov eller att klienten ändrar sitt sätt att prata om saker. Några exempel på specifika ytaspekter under behandling är att klienten skaffar körkort eller att klienter påbörjar en arbetsprövning. Typiska exempel på generella ytaspekter efter avslutad behandling är att klienten är drogfri och klienten flyttar till en träningslägenhet. Ett exempel på specifika ytaspekter efter avslutad behandling är att klienten fortsätter att hålla kontakt med behandlingshemmet.

7.3.2 Processaspekter – framväxande resultat

Det framträder även många olika processaspekter när personalen beskriver klienteffekter. Processaspekter framträder både under och efter avslutat behandling och kommer även fram i den nuvarande resultatdefinitionen (se 7.1). Den första processaspekten som nämns är att klienten tar beslutet att stanna kvar på behandlingen. En annan konkret processeffekt är att klienten på eget initiativ väljer att söka förlängning av behandlingen. Under behandlingens gång träder processaspekter fram när klienten använder de olika verktygen och börjar tänka på ett nytt sätt.

”Den här killen han rationaliserar bara, han kan alla svaren, han vet precis vad han ska säga”. Och det känner man alltså då man jobbar med dem. Men sedan att mäta det man känner att man reflekterar (...) och verkligen kämpar med det, det känner man ju samtalen med dem. Intervju 2

Ett par exempel på *generella processaspekter under behandling* är att klienten börjar använda verktygen som denne fått med sig under behandlingen, samt att klienten tar beslutet att stanna kvar på behandlingen. Ett exempel på *specifika processaspekter under behandling* kan vara att klienten påbörjar en förändring av relationer till människor i sitt privata nätverk. Ett vanligt exempel på *generella processaspekter efter avslutad behandling* är att klienten påbörjar ett försök att komma in på arbetsmarknaden. Exempel på *specifika processaspekter efter avslutad behandling* kan vara att klienten själv rannsakar sig efter återfall.

Processaspekterna stärker uppfattningen att det i Avstampets behandlingsfilosofi finns en tydlig idé om att se tillfrisknandet från beroende som en process som

behandlingen sätter i gång. Enligt personalen är det också viktigt att klienten själv kan identifiera processaspekter under behandlingen.

Och där är ju en grej som jag tycker är en stor skillnad med, om vi ska ta tolvstegsmässigt, med att arbeta på det sätt som vi gör idag, jämfört med hur vi gjorde tidigare, de inte bara ser sin verklighet utan de ser sin förändring. Ibland när vi pratar om förändringsarbete eller så, så brukar jag prata med klienterna om, se det inte som ett förändringsarbete, se det som ett förbättringsarbete. För det är inte alltid en förändring är till det bättre. Ja man ska jag förändra mig ... men ska jag få en chans att förbättra mig. Intervju 1

Som det framkommer i citatet, arbetar personalen aktivt för att göra klienterna medvetna om förändringens processkaraktär, även om framväxande förändring inte omtalas i sådana termer.

7.3.3 Djupaspekter – att förändras som människa

Utifrån personalens beskrivningar går det att urskilja generella djupaspekter som tyder på att klienter ofta gör ett förändringsarbete under behandlingen som påverkar deras tankar, handlingar och självinsikt på ett genomgripande sätt. Detta illustreras även av antagandet att förändringen är av mer bestående karaktär.

Personalen anser att effekter i termer av djupaspekter kan vara svåra att bedöma. En avgörande fråga är dessutom när de kan bedömas. Samtidigt är det tydligt att den verkliga behandlingseffekten alltid har en djupaspekt, vilket citatet nedan illustrerar.

Jag tycker inte att det är någon större idé att mäta resultaten (om det är ett drogfritt liv som är resultatet) då är det ingen vits att mäta det när de har gjort behandlingen klar. Knappt ens i träningslägenheten. Utan sedan när man har en egen lägenhet och ett jobb du ska gå på varje dag och pengarna inte riktigt räcker till räkningar och tjejen gjorde slut, om det då håller, då har vi verkligen uppnått ett resultat. Då har vi kunnat förmedla det här. Intervju 1

Åsikten att resultaten inte ska bedömas vid slutet av behandlingen förefaller bottna i ett antagande om att det är mindre meningsfullt. Detta eftersom resultat, enligt antagandet, bör betraktas i ett mer långsiktigt perspektiv då klienterna möter och tvingas hantera utmaningar som kan dyka upp i vardagen.

Några exempel på generella djupaspekter under behandlingen är att klienten lyssnar på och får kontakt med sig själv, samt att klienten känner framtidstro. Ett exempel på specifika djupaspekter under behandlingen är att klienten fått en självförståelse. Den här typen av resultat kan personalen få en någorlunda uppfattning om under behandlingen, även om de inte systematiskt undersöks. Däremot är det svårare att få en tydlig uppfattning om de djupaspekter som uppstår efter avslutad behandling. Detta förefaller problematiskt mot bakgrund av personalens åsikt om att resultaten bör bedömas i ett mer långsiktigt perspektiv.

Djupaspekter är det viktigaste måttet på en genomgripande och långsiktig förändring hos klienten, samtidigt är dessa aspekter de svåraste att mäta eftersom de ofta sträcker sig över den avslutade behandlingen.

7.4 Selektion och resultat av behandlingseffekter

Beträffande Avstampets resultat påverkas möjligheten att uttala sig om hur verkningsfull Recovery Dynamics är som behandlingsmetod, av den selektion som matchningen till Avstampet innebär. Det finns exempelvis oklarheter kring om det rör sig om sanna behandlingseffekter eller om resultaten är en konsekvens av ett systematiskt urval av lämpliga klienter (Fischer, Rehm, Kim & Kirst, 2005). Det senare skulle i sådant fall innebära att Recovery Dynamics framstår som mer effektiv än metoden i realiteten är (Ogden, 2021). Det finns således en risk att urvalet – mer eller mindre omedvetet, och som ett resultat av matchningsprocessen – optimeras till förmån för individer med bästa förutsättningar att uppnå lyckade behandlingsresultat (jmf. Fischer et al., 2005). Detta diskuteras vidare i avsnitt 9.3.

Detta betyder inte att matchning är negativt för Avstampet, tvärtom tycks det i hög grad bidra till positiva behandlingsresultat. Ur ett behandlingsperspektiv förefaller matchningen skapa ett positivt utgångsläge för behandlingen eftersom personalen känner till vilka kategorier av klienter som har haft nytta av behandlingen tidigare. Matchningen verkar även fylla en funktion i relation till Avstampets mer övergripande "behandlingsfilosofi" och inte bara i relation till behandlingsmetoden. Forskarna vill uppmärksamma läsaren på att ur ett utvärderingsperspektiv försvårar emellertid matchningen möjligheten att dra slutsatser om behandlingseffekter av Recovery Dynamics.

8 Mekanismer och terapeutiska faktorer

I detta kapitel för vi ett förklarande resonemang om hur de olika aktörernas insatser och de rådande kontextuella villkoren på Avstampet leder till de resultat som beskrivits i kapitel 7. Vi återvänder till den teoretiska referensramen och tar hjälp av KAIMEr-teorins mekanismbegrepp och de terapeutiska faktorer som presenterades i kapitel 3.

8.1 Sociala och psykologiska mekanismer

I det material som genomlysningen bygger på kunde vi spåra element som ingår i flera av de sociala mekanismer som Blom och Morén (2015) identifierat i andra sammanhang: Utmaningsmekanism, Rollöverskridandemekanism, Internalisering av det externa, samt Den självuppfyllande profetian. Vi gör en konkretisering och kontextualisering av dessa mekanismer, dvs. vi kopplar dem till konkreta exempel i det empiriska materialet (a.a.).

En utmaningsmekanism och en rollöverskridandemekanism innehåller element som träder fram när personalen beskriver dels det relationella förhållningssättet som utgör grunden för de insatser de gör, dels de informella och situationsanpassade insatserna. Utgångspunkten i behandlingsarbetet på Avstampet är att bygga en relation och allians till klienten.

Under behandlingen utmanar personalen på olika sätt klienter i deras livshållning för att stödja den förändring de har valt att göra i sitt liv. Samtidigt är det tydligt att klienterna blir sedda och bekräftade av personalen. Båda dessa är bärande element i en utmaningsmekanism (Blom & Morén, 2015).

Vi har ju alla gjort sådana här grejer. Dom säger att dom är så jättemotiverade, får dom komma? Så sätter man sig i första samtalet med dom och så säger dom: "Jag gör vad som helst, jag är villig att göra vad som helst för att bli drogfri." Då säger man: "Bra, kan jag få din mobiltelefon", "NEJ! Inte den inte det".

Vi är omtänksamma, vi är liksom hjärtliga, kärleksfulla. Alltså de verktygen de är ju helt avgörande för om en person ska hitta sin drogfrihet. Intervju 2

Personalen beskriver att när klienten har invändningar är de inte alltid beredda att göra det som krävs. Enligt personalen speglar klientens invändningar den komplexa problematiken klienterna brottas med, vilket gör det svårt för dem att tänka och agera logiskt när det gäller deras problem.

Genomlysningen visar att det finns ett brett urval av insatser som personalen använder beroende på klienternas behov. Speciellt de informella och situationsanpassade insatserna kräver att personalen går utanför en strikt professionell roll och bemöter klienten primärt i rollen som medmänniska. Detta grundar sig i det relationella förhållningssätt som personalen har. Vår tolkning är att personalens möjlighet att röra sig mellan en terapeut- och medlevarposition genererar kraft och reaktioner hos klienter, samt att personalen själv lyckas tillvarata den kraft som ligger i de olika rollerna. Detta betyder att en

rollöverskridandemekanism (jfr Blom & Morén, 2015) aktiveras och tar sig uttryck i en rörelse mellan de formella och informella rollerna och att parterna kan mötas även som personer, inte endast som klient och terapeut, vilket stöder klientens förändringsprocess.

*Jag hör ju vad dom säger och jag tycker personligen att det är avväpnande och relationsbyggande just det här medlevandeskapet. Dom säger att, ibland orkar vi inte vara medlevare fullt ut, de vill ju inte vara tillsammans med oss. Då blir det lite vi och dom. Men jag menar inte att man ska sitta med hela tiden. Men man kan sitta ner en halvtimme en timme en kväll och se film en stund och lyssna och lyssna på resonemanget och bara finnas där. På något sätt känner de sig bekräftade att vi finns runtomkring dem en stund i alla fall.
Intervju 3*

Utöver de sociala mekanismerna som bidrar till behandlingsresultatet förutsätter genomförandet av de tolv stegen en aktivering av psykologiska mekanismer. Klienterna uppmanas att göra mycket tankearbete, vilket aktiverar en inre process och dynamik hos klienten. Det betyder till exempel att samtal mellan klienten och terapeuten internaliseras av klienten och transformeras till en förändrad ”inre dialog” hos klienten. Blom och Morén (2007, 2015) benämner den här mekanismen *Internalisering av det externa*.

Och vilja är ju tankar. Och då kan vi koppla det till ... vårt hjärtas språk, eller samvetets tankar. Den här inre rösten som hela tiden säger: ”NN, för fasen, inte så där nu”. Och så sa jag det. Och vad var det jag sa. Nu blev det ju knas. Eller: ”Gör inte det här”... Och det där har vi ju skärmat av oss ifrån. Och det är ju det här vi jobbar med att få kontakt med... ”Ja men den här relationen är ju inte bra, mitt inre skriker ju det hela tiden”. (...) Och det vi gör, det är att vi i steg 4, vi jobbar oss utifrån och in. För att kunna jobba oss inifrån och ut. Intervju 3

Internalisering är nödvändigt för att klienten ska komma till insikt om att det är han själv som måste sluta missbruka och ta eget ansvar för sitt mående, vilket sammanfaller med den behandlingsideologi som Avstampet har.

Ytterligare en mekanism som aktiveras under behandlingen är *Den självuppfyllande profetian* (jfr. Blom & Morén, 2007). Ett grundläggande antagande i behandlingen – ”att missbruk är en kronisk psykisk sjukdom” – förstärks och bekräftas via den självuppfyllande profetian. Detta eftersom det är inbyggt i tolvstegsbehandlingen att klienterna ska ha en livslång kontakt med den ideella självhjälpsrörelsen AA/NA, och de ska själva agera stöd för andra missbrukare efter avslutad behandling.

Ett centralt inslag i behandlingen är andlighet (jfr 4.2.1. och 4.2.3) som kommer sig av att behandlingen utgår från AA:s stora bok. Andligheten ses som en högre kraft som individen ska hitta och förlita sig på.²³ En hypotes är att andlighet i detta sammanhang verkar via den psykologiska mekanism som gör att människor överhuvudtaget kan fungera i vardagen, nämligen *tillit* till andra människor och vår omgivning. Det är ett grundläggande drag hos människor att tro på andra människor

²³ Se Holm och Svahn (2020) för ett resonemang om andlighet inom AA.

och att lita på att den fysiska verkligheten fungerar som förväntat, utan det skulle social interaktion eller att agera i den fysiska miljön vara nästan omöjligt, i psykologisk mening (Schilke, Reimann & Cook, 2021). En tänkbar förklaring till att det andliga inslaget i Avstampets behandling fungerar är således att det knyter an till något mycket grundläggande i den mänskliga naturen, det vill säga förmågan och behovet av att känna tillit.

Det finns antagligen fler mekanismer, men det har inte varit möjligt att fördjupa analysen ytterligare givet denna studies mycket begränsade resurser.

8.2 Terapeutiska faktorer och dess inverkan på Avstampets resultat

Med hjälp av de terapeutiska förändringsfaktorerna (se avsnitt 3.4) fördjupar vi tolkningen av och förklaringen till varför Avstampet uppnår goda resultat på följande sätt. För det första kan vi identifiera behandlingselement som sker utanför Avstampets väggar. Dessa kan likställas med *utomterapeutiska faktorer* som förklarar ca. 80 procent av behandlingseffekterna (Bertolino et al., 2014). Inslag i behandlingen som sker utanför Avstampet är:

- 1) Klienterna ska gå på AA/NA-möten som ordnas i närområdet.
- 2) Personalen hjälper klienten med saker som hör till klienternas privatliv (tex. städa lägenhet, sälja bilen, följa på begravning etc.).
- 3) Personalen uppmuntrar både klienten och handläggaren att ha löpande kontakt under tiden klienten är på Avstampet.

Utöver detta kan vi se att de utomterapeutiska faktorerna även är ”inbyggda” i tolvstegsbehandlingen, i och med att de sista stegen (efter primärbehandlingen) innebär att gå ut i samhället och stötta andra missbrukare (jfr resonemanget om Den självuppfyllande profetian i det föregående avsnittet).

Av Avstampets resultat kan en del förklaras som allianseffekter. Allianseffekter ligger även i linje med de sociala mekanismerna som presenterades tidigare (Bertolino et al., 2014). I Avstampets verksamhet finns ett brett spektrum av relationsrelaterade inslag, och personalen strävar efter att bygga en allians med klienten. De relationella inslagen har genomgående framträtt i alla tre intervjuer.

Vi anser att det även kan finnas en förväntans-, placebo- och ”trohets”effekt som kan bidra till resultaten (Bertolino et al., 2014). Det är uppenbart att personalen, och även remittenterna, har en stark tilltro till Recovery Dynamics som behandlingsmetod på Avstampet. I vilken mån klienterna har tilltro till just Recovery Dynamics eller något annat element i behandlingen går inte att säga utifrån den här studien. Att personalen har tilltro till, och goda erfarenheter av att använda, Recovery Dynamics förmedlas sannolikt till klienterna som söker vård på Avstampet.

Till sist kan det urskiljas modell-/teknikeffekter som kan bidra till resultaten (Bertolino et al., 2014). I Avstampets verksamhet finns ett antal procedurer och ritualer, exempelvis sinnesrobönen eller att man tillbereder maten tillsammans, som har en central plats i behandlingen. Betydelsen av dessa procedurer och ritualer framträder dock inte lika tydligt i personalens beskrivningar, jämfört med beskrivningar av Recovery Dynamics som metod.

9 Sammanfattning och diskussion

I detta avslutande kapitel sammanfattas först svaren på undersökningens frågor, därefter diskuteras studiens resultat och dess betydelse för Avstampet. Dessutom diskuteras matchning och olika aspekter och begränsningar med genomlysningen. En sammanfattning och visualisering av resultaten (se figur 2) bidrar till att besvara hur primärbehandlingen på Avstampet fungerar och vilka resultat som uppnås.

Vi vill påminna om att studien haft som utgångspunkt att verksamheten fungerar relativt väl i behandlingshänseende, och att studien därför fokuserat på att undersöka hur, varför och under vilka förutsättningar verksamheten uppnår goda behandlingsresultat. Det betyder inte att forskarna helt åsidosatt huruvida Avstampet fungerar mer eller mindre bra, eftersom det skulle varit nästan omöjligt att undvika sådana bedömningar i samband med platsbesök, datainsamling, informella samtal, empirisk analys och teoretisk tolkning av det sammantagna materialet. Kort sagt har forskargruppen under projektiden funnit relativt lite som motsäger utgångspunkten att verksamheten fungerar väl. Det utesluter dock inte att vi med en annan undersökningsdesign skulle ha kunnat upptäcka ytterligare förbättringsområden, eller att verksamheten saknar utmaningar. Därför diskuteras i slutet av rapporten utmaningar och möjligheter för att utveckla Avstampets verksamhet.

9.1 Sammanfattade svar på frågeställningarna

I det här avsnittet presenteras i sammanfattad form svar på studiens frågeställningar.

1. Vilka kontextuella faktorer (i och utanför verksamheten) främjar eller motverkar Avstampets behandlingsresultat, och på vilket sätt?

Genomlysningen har identifierat kontextuella faktorer, både i och utanför verksamheten, som främjar Avstampets behandlingsresultat. Här sammanfattas de kontextuella faktorer som bedöms vara mest betydelsefulla i själva behandlingen.

En främjande kontextuell faktor är att det på Avstampet finns strikta regler och en tydlig vardagsstruktur som stödjer klienternas förändringsprocess. Ett uttryck för det är att verksamheten endast tillåter SSRI-preparat under behandlingen, utöver det är behandlingen medicin- och drogfri.²⁴ Verksamhetens småskalighet, det vill säga att det finns endast 10 platser, bedöms också vara en främjande faktor. Detta möjliggör en god grund för det medlevarskap som genomsyrar behandlingen och personalens förhållningssätt. Småskaligheten bidrar också på ett positivt sätt till gruppens delaktighet i verksamheten.

En annan främjande kontextuell faktor är personalens starka sammanhållning, laganda och gemensamma synsätt på beroendevård och relationens betydelse för en lyckad behandling. Sammanhållningen stärks av att personalen strävar efter att lära sig av sina misstag och att det finns en tydlig ansvars- och rollfördelning mellan de anställda.

²⁴ Jfr avsnitt 4.3.1

Det är också tydligt att personalen på Avstampet har god kännedom om, och förståelse för, den kontext klienterna kommer ifrån. Detta leder till att klientens livsvärld utanför behandlingshemmet beaktas vid behov under behandlingen. Till exempel kan personalen följa klienten till hemorten, hjälpa till att städa lägenhet osv. Detta sammanfaller med resonemanget om utomterapeutiska förändringsfaktorer (se avsnitt 3.4 och 8.2), som är knutna till klienten och dennes livsvärld utanför behandlingshemmet, men som i många fall påverkar klientens tillvaro på Avstampet. Detta betyder att behandlingskontexten har flexibla gränser. Att personalen kan röra sig till klienternas livsvärld tillsammans med klienterna påverkar även insatsernas innehåll.

I genomlysningen kom det inte fram några kontextuella faktorer som direkt motverkar behandlingsresultaten. I den samhälleliga kontexten finns det dock faktorer som påverkar verksamheten indirekt. Avstampet måste förhålla sig till lagstiftningen och den politiska diskursen om narkotika och missbruksvård. Även den pågående diskussionen om hur missbruksvården ska organiseras i framtiden påverkar planering av verksamheten (jfr avsnitten 1.4 och 4.1).

2. Vilka antaganden (om missbruk, insatser och resultat) påverkar personalens handlingar?

Personalen har en klar uppfattning om vilka antaganden som styr behandlingen och formar deras förhållningssätt till klienterna. Ett antal centrala antaganden som påverkar personalens handlingar har identifierats, och de kan sammanfattas på följande sätt:

- a) Beroende är en sjukdom med en fysisk, mental och känslomässig aspekt. Den *fysiska* aspekten följer med hela livet. Det är en oförmåga, att inte ta mer (alkohol, droger etc.) när något tillförts, som inte går att behandla, det enda som gäller är total avhållsamhet. Den *mentala* aspekten innebär att den oförmåga, som leder till att använda droger, kan motverkas genom att tillgodogöra sig verktyg. Dessa verktyg kan användas för att hantera den *känslomässiga* aspekten, så att den inte styr och kontrollerar personens tänkande och handlande.
- b) Medicin- och drogfri behandling gör att klienten måste jobba med sig själv, vilket skapar förändring.
- c) Personalens handlingar utgår från ett relationellt förhållningssätt och medlevarskap. Det betyder att personalen finns till för klienterna även utanför terapi- och grupprummet. I Avstampets verksamhet har de relationella faktorerna en central roll, och de är synliga i allt från människosyn till hur personalen i vardagen bemöter klienterna. Personalen betonar vikten av att se varje klient och vara lyhörd för deras behov, exempelvis av extra stöd. Det att varje klient har en egen kontaktperson är grunden för det relationella arbetet som görs under behandlingen.
- d) Utöver de formella insatserna behövs situationsanpassade, informella och gruppinsatser.
- e) Personalens antaganden om behandlingsresultat är väldigt olikartade. Resultat som träder fram är samtidigt extremt tydliga (klienten är drogfri vid utskrivning) och extremt oklara (klienten har påbörjat en förändring). Det framgår är att personal har en processuell syn på resultat. Det medför att det

är utmanande att definiera och mäta resultaten under tiden klienterna är på Avstampet.

Forskarnas bedömning är att Recovery Dynamics utgör en central del i behandlingen men att den kompletteras av ovannämnda andra insatser. Personalen har en stark tilltro till Recovery Dynamics, vilket kan i sig bidra till positiva resultat, genom att personalen arbetar mer engagerat och förmedlar det engagemanget till klienten. Det finns antagligen modell- och teknikfaktorer i Recovery Dynamics som förändrar klientens sätt att tänka och agera, men dessa har inte varit i fokus i den här undersökningen. Enligt common factors-modellen har dock modell- och teknikfaktorer betydligt mindre betydelse än andra behandlingsfaktorer (Bargmann, 2017; Miller & Bertolino, 2014).

3. Vilka antaganden (om missbruk, insatser och resultat) påverkar klienternas handlingar och förändring under tiden på Avstampet?

I studien har vi inte undersökt klienternas handlingar direkt. Fokus har legat på personalens syn på klienterna som aktörer och vilka handlingar som är centrala för att klienten ska kunna göra ett förändringsarbete. Enligt vår bedömning har personalen en tydlig bild av vad som krävs av klienter för att de ska bli drogfria och vad som påverkar klienternas handlingar när de påbörjar en förändringsprocess. Det är till exempel uttalat att klienten får utmana personalen rörande Avstampets struktur och regler. På samma sätt utmanar personalen klientens handlingar och tankar under förändringsprocessen.

Bilden av klienten som aktör byggs upp även utifrån Stora Boken och tolvstegsprogrammet olika delar. Ett centralt antagande är att klienten ska lära sig nya verktyg och det personalen lär ut om dem. Det är även uttalat att klienten förväntas ansvara för egen förändringsprocess, men med styrning från Avstampet. Att personalen visar och förklarar betydelsen av de olika verktygen är grunden för förändringen, men det är klienten som ska använda dem.

Ett viktigt antagande som påverkar klienternas handlingar är att klienterna ska stödja varandra under processen och vara delaktiga i matchningsprocessen. Klienterna betraktas inte som objekt som är föremål för behandling, utan som aktiva subjekt som är delaktiga i både sin egen och varandras behandling.

4. Vilka aktörer gör insatser på Avstampet och hur samspelar olika aktörers insatser?

Personalens uppfattning om och beskrivning av olika aktörer, deras samspel och betydelse för verksamheten är tydlig och har en positiv underton. Ett fortlöpande samarbete och en kommunikation med klientens handläggare betonas.

De olika aktörernas insatser samspelar med varandra, delvis genom att klientgruppen själv utgör en plattform för stöd, delvis genom att handläggaren hålls systematiskt uppdaterad om klientens process. Inom personalgruppen kan de anställda ta på sig olika roller och uppgifter i relation till klienten beroende på behovet.

5. Vilka insatser görs på Avstampet, och vad är deras innehåll?

I Avstampets verksamhet kan vi urskilja fyra olika typer av insatser: 1) formella (vissa manualbaserade), 2) informella, 3) situationsanpassade och 4) gruppinsatser. De formella insatserna grundar sig på Recovery Dynamics-manualen och på det att klienten går genom alla tolv stegen. Gruppterapi, individuell samtalsterapi med kontaktperson, deltagande i självhjälpsmöten samt ADL- och social färdighetsträning är formella insatser som riktar sig till alla klienter.

De informella insatserna baserar sig på medlevarskap som uppstår i ett mellanrum mellan det formella behandlingsprogrammet och de strukturer som styr vardagen på behandlingshemmet. Informella insatser kan definieras som icke-uttalade eftersom de ofta baserar sig på en känsla som personalen har, rörande vad en individuell klient behöver eller att personalen vill stärka sammanhållningen i gruppen. De informella insatserna sker ofta utanför det som är schemalagt. Fyra olika typer av informella insatser kunde identifieras i Avstampets verksamhet: bemötande och omtanke, fysisk beröring, upplevelser och att agera pedagogiskt/opedagogisk. Den sistnämnda syftar till att man avsiktligt försöker väcka en reaktion hos klienten.

De insatser som är av informell karaktär förekommer ändå med viss regelbundenhet, eftersom personalen har tyst kunskap och erfarenhet av att de kan vara centrala på vägen mot att välja ett liv utan droger. De informella insatserna iscensätts, i stor utsträckning, som ett resultat av en bedömning utifrån tyst kunskap (Polanyi, 1967). Därför är det inte alltid explicit när personalen går utöver de formella insatserna och gör något informellt. Ibland kombinerar man också de informella insatserna med de formella manualbaserade insatserna.

Situationsanpassade insatser skräddarsys på basis av klienternas behov och de kan vara informella eller formella. I praktiken beaktar personalen klientens mående och erbjuder på basis av det extra stöd i form av samtal eller en aktivitet.

Gruppinsatser grundar sig i den manualbaserade behandlingen där användningen av gruppssessioner är ett uttalat inslag. Även vardagssysslor som klienterna utför tillsammans kan definieras som gruppinsatser. I vissa situationer uppmanar personalen dessutom klienterna att stödja varandra, vilket leder till att kamratstöd blir en viktig del av behandlingen.

6. Vilka resultat eftersträvas, och vilka resultat uppnår Avstampet och när och hur och av vem bedöms resultaten (måluppnåelse)?

Det resultat som framför allt eftersträvas är en långvarig stabil förändring och drogfrihet i klientens liv. Klienterna ska klara av motgångar och utmaningar utan att falla tillbaka i missbruk. I Avstampets resultatbeskrivning kan man identifiera både kortsiktiga och långsiktiga resultat som består av ytaspekter, processuella aspekter och djupaspekter.

För tillfället bedömer Avstampet sina resultat i första hand utifrån hur många klienter som avbryter respektive genomgår behandlingen eller eftervård. Ambitionen att bedöma kortsiktiga resultat, dvs. direkt efter behandlingen, är förståelig och det finns även behandlingsforskning som visar att tidiga förändringar ger en indikation rörande långsiktiga resultat (t.ex. Bernler, Skärner & Johnsson, 1993). Däremot

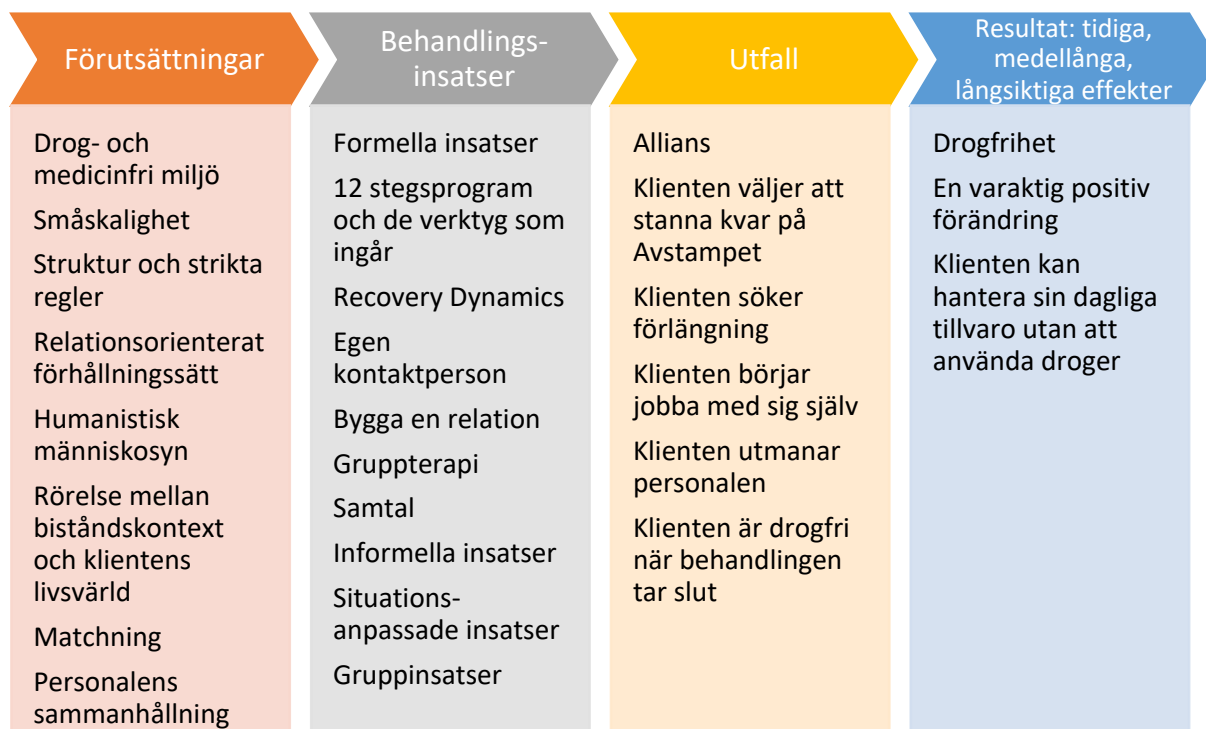
framgår det inte hur Avstampet följer upp klienternas drogfrihet under en längre period. Forskarna bedömer dock att det finns en principiell möjlighet för Avstampet att följa upp hur många som söker förlängning eller flyttar till träningslägenhet. Under eftervården, som sträcker sig över 12 månader, finns det också möjligheter att upprepade gånger skatta, hur stabila de förändringar som klienterna gjort i sitt liv är, eller hur den förändringsprocess som klienten påbörjat på Avstampet utvecklas. Denna typ av uppföljning skulle sannolikt ge viktig information om hur resultaten utvecklas efter avslutad behandling.

Personalen beskrev att relativt många före detta klienter hör av sig till Avstampet efter avslutad behandling, ofta flera år efteråt. Från de här kontakterna har personalen fått information om att många fortfarande lever ett drogfritt liv. För att få en bättre uppfattning om hur bestående drogfriheten är kunde personalen till exempel systematiskt ställa uppföljande (enkät)frågor till före detta klienter när de hör av sig.

Det är också ett faktum att många klienter har en kriminell bakgrund som försvårar rehabiliteringen. Enligt personalen är det ytterligare en identitet som klienten ska frigöra sig från, en gemenskap och livsstil som ska bytas ut. Därför skulle det rimligen vara värdefullt att som ett mått på lyckad behandling inkludera huruvida klienten utfört kriminella handlingar efter avslutad vistelse på Avstampet.

9.2 Avstampets programteori

Utifrån svaren på studiens frågeställningar har vi skapat en deskriptiv programteori. Denna programteori är en lokal och verksamhetsspecifik beskrivning som syftar till att, på ett logiskt men förenklat sätt, illustrera *hur och varför Avstampet uppnår sina behandlingsresultat*. I figur 2 presenteras de identifierade antaganden som styr verksamheten och de resultat som man vill uppnå.



Figur 2. Avstampets programteori.

Programteorin illustrerar att Avstampets *Förutsättningar* utgör centrala villkor och utgångspunkter för *Behandlingsinsatserna*. Dessa insatser kan frambringa olika typer av *Utfall*, dvs. prestationer som Avstampet och/eller klienten åstadkommit (jfr Vedung, 2011). Dessa utfall ligger i sin tur till grund för olika typer av *Resultat*, det vill säga effekter för klienterna.

9.3 Matchningens betydelse för resultat

Då matchningsprocessen tycks vara en central framgångsfaktor i Avstampets verksamhet diskuteras detta inslag särskilt. Matchningsprocessen kan förstås som uttryck för professionalism eftersom Avstampet inte tar emot vem som helst, utan endast de klienter personalen anser sig ha en reell möjlighet att hjälpa. I praktiken betyder det att handläggaren på socialtjänsten inte matchar sin klient mot behandlingen utan det är Avstampet som gör en sådan avstämning.

Den huvudsakliga nyttan med matchningsprocessen på Avstampet ligger inte bara i att matcha klienter mot behandlingsmetoden Recovery Dynamics, matchningsprocessen tycks snarare utgöra del av en mer övergripande bedömning utifrån latenta kriterier (se avsnitt 4.3.5). Detta för att kunna bedöma hur väl en potentiell klient passar Avstampets mer övergripande behandlingsfilosofi och dynamiken mellan klienterna, inte bara mot behandlingsmetoden Recovery Dynamics.

Även om principen bakom matchning syftar till att jämföra klienter mot de behandlingsmetoder som sannolikt kommer vara mest effektiva för dem, finns det risker med matchning. Om en behandlingsverksamhet som en del av

matchningsprocessen systematiskt undviker individer med mer komplexa problem till förmån för dem som har större sannolikhet att nå framgång i behandling, finns en påtaglig risk att behandlingens verkliga effekt inte framträder och att resultaten därför blir missvisande. Detta genom att de individer med störst sannolikhet att nå framgång i behandlingen också är de som matchas mot den, vilket utgör en form av partisk selektion (jmf. Fischer et al., 2005).

Det är emellertid viktigt att poängtera att de problem som kan kopplas till matchningsprocessen kan ske mer eller mindre omedvetet. För att förhindra detta rekommenderas ett standardiserat matchningsförfarande framför ett personbundet, s.k. kliniskt (Longabaugh & Wirtz, 2001; Mann & Hermann, 2010). Då är inte den inledande fasen allt för beroende av en specifik persons kunskaper och erfarenheter. En djupare förståelse för matchningsförfarandets inverkan bidrar också till att synliggöra och tolka resultaten av behandlingen. Ett påstående som får anses giltigt även för Avstampet. Som påpekats i avsnitt 7.4 betyder det emellertid inte att matchning är negativt för Avstampets behandlingsresultat, eftersom det snarare bidrar till positiva effekter. Vår poäng är att matchningen gör att det är svårare att bedöma hur effektiva Avstampets insatser är för en ”genomsnittlig klient”, jämfört med de klienter som specifikt valts ut för att passa verksamheten.

9.4 Förslag till vidareutveckling av Avstampets verksamhet

En utgångspunkt för studien var att Avstampet fungerade relativt väl. Forskarna har inte funnit något som tydligt motsäger den utgångspunkten, icke desto mindre ser vi möjlighet att vidareutveckla verksamheten. På basis av resultaten av genomlysningen ger vi därför följande förslag:

1. Utveckla och systematisera resultatuppföljning som påvisar både kortsiktiga och långsiktiga resultat.

Det finns oklarheter gällande när, hur och av vem resultaten bedöms på Avstampet. På basis av analysen av resultatdefinitionen, och de resultat som personalen identifierar och beskriver, anser vi att det finns ett behov av att följa upp och mäta/bedöma resultaten noggrannare. Detta även om Avstampet har ett gott rykte och har 9,8 i SSIL:s (2022) landsomfattande kvalitetsindex. Det skulle till exempel kunna göras genom att för varje klient göra en mätning före behandlingen, en mätning efter avslutad primärbehandling och en mätning efter avslutad eftervård. Uppföljningen kan företrädesvis göras med något/några etablerade instrument som omfattar både klientens psykiska och fysiska hälsa.

2. Förstärk matchningsprocessen.

En djupare förståelse för matchningsförfarandets inverkan kan antas bidra till att synliggöra och tolka resultaten av behandlingen. Därför rekommenderar vi att matchningsprocessen på Avstampet görs mer explicit. Detta genom att formulera,

systematisera och tydligt inkludera även det som för närvarande ter sig som latenta inklusionskriterier.²⁵

3. En ökad medvetenhet om vilka insatser som har en informell karaktär är viktig för att kunna identifiera deras betydelse för resultaten.

Studien visade att verksamheten, parallellt med manualbaserade insatser, även använder informella och situationsbaserade insatser. Dessa verkar vara av relativt stor vikt för klientens förändringsprocess. Det torde därför vara betydelsefullt med en regelbunden reflektion för att gemensamt identifiera vilka informella insatser som används och i vilka situationer. Det skulle till exempel kunna ske med hjälp av den kategorisering som finns i rapporten. Det kan ge en tydligare uppfattning om vilken typ av informella insatser som är mest användbara och vilka som passar bra ihop med Recovery dynamics.

4. Ge ökad uppmärksamhet, och erkännande, åt utomterapeutiska faktorer och dess betydelse för behandlingen.

Genom att observera och systematisera förekomsten av utomterapeutiska faktorer blir det möjligt att, mer planmässigt, kombinera sådana faktorer med manualbaserad behandling. Mot bakgrund av tidigare forskning om common factors (terapeutiska faktorer) skulle observation av utomterapeutiska faktorer potentiellt sett kunna öka behandlingseffekterna.

5. Överväg att systematiskt stärka personalens välmående.

Det är viktigt att ta vara på den positiva lagandan eftersom personalgruppens insatser är avgörande för behandlingen. Studien visar att personalen tillsammans utgör "en kraft" som påverkar klientens förändringsprocess på olika sätt. Som tidigare påpekats överensstämmer det med flera tidigare studier (jfr avsnitt 4.2.4).

Forskarnas bedömning är att Avstampet har en ambition att systematiskt utveckla sin verksamhet, vilket framgick i kontextbeskrivningen. Ett annat exempel på detta är att efter denna studies datainsamling avslutades så har Avstampet utvecklat en egen manual i syfte att säkra upp behandlingsarbetet enligt Anonyma Alkoholisters tolvstegsprogram. Den nya metoden kallas Jaspire Recovery och beskrivs vara anpassad till svenska förhållanden och dagens samhälle. Metoden har även digitaliserats och är tillgänglig på en plattform som även erbjuder behandling enligt ett självstudiematerial. Det tycks därmed finnas goda förutsättningar att beakta de utvecklingsförslag som föreslås i rapporten.

För att fördjupa kunskaper om insatserna och de olika resultaten av behandlingen skulle det vara värdefullt att i framtiden intervjua klienter och undersöka hur deras liv ser ut en tid efter behandlingen. Det skulle dessutom kunna leda till framtagande av alternativa (ut)värderingskriterier (se Vedung, 2011). Denna studie har gett mycket information om Avstampets servicekvalitet, dvs. om vad som sker inne i

²⁵ Avstampet har efter att studien avslutades påbörjat ett arbete med att utveckla matchningen så att den inte är beroende av en persons kunskap och expertis.

verksamheten, däremot är inte bilden av livskvalitet, dvs. effekterna på klienternas liv lika tydlig (jfr. Blom & Morén, 2011).

Eftersom personalens sammanhållning och medlevarskap är ett grundläggande element i behandlingen och i hög grad tycks påverka behandlingsresultaten, vore det intressant med en studie som tittar närmare på hur organisationsklimatet och personalens välmående inverkar på behandlingsresultaten.

9.5 Reflektioner över KAIMEr-teorin och dess användbarhet

En målsättning för forskarna har varit att testa KAIMEr-teorin i ett nytt sammanhang. Studien av Avstampet har medfört nya insikter, speciellt om hur de informella insatserna uppstår och formas i verksamheten, samt hur de kan ges en mer formaliserad form. Att undersöka ett behandlingshem med hjälp av KAIMEr-teorin har också gett en mer initierad och nyanserad bild av kontextuella förhållanden, dvs. om själva behandlingshemmet, men också av vikten att beakta och inkludera klientens livsvärld i behandlingen. En iakttagelse som ”stack ut” var att behandlare följer klienten in i dennes livsvärld. Det tyder på att vid användning av KAIMEr-teorin bör växelverkan mellan biståndskontext och klientens livsvärld betraktas mer dynamiskt än vad antagits i tidigare versioner av teorin. Detta är i enlighet med forskning som visar att klientens livsvärld och omgivning ofta är i fokus vid bedömningar (assessment), men att den hamnar den i bakgrunden vid interventioner (Probst, 2012).

En sammanfattande bedömning är att studien av Avstampet stärker uppfattningen om KAIMEr-teorins användbarhet i varierande (undersöknings)sammanhang. Teorins flexibilitet har gjort det möjligt att samla in omfattande data om behandlingen och behandlingshemmet. KAIMEr-teorin har även väglett under analysen, vilket i synnerhet bidrog till ny förståelse gällande informella och situationsbaserade insatser. I studien har vi dessutom kombinerat KAIMEr-teorin med annan teori och tidigare forskning, bland annat med de terapeutiska förändringsfaktorerna (se avsnitt 3.4). Studien av Avstampet förstärker även den tidigare uppfattningen att KAIMEr kan användas för att ta fram en lokal programteori som beskriver verksamheten och i viss mån förklarar hur den fungerar. Detta innebär inte att KAIMEr-teorin är slutgiltigt bekräftad, men det visar på teorins användbarhet i olika sammanhang.

Referenser

Andersson-Långdahl, G.-E., Blom, B., Ericsson A., Gyllenberg, L., Marklund, R., Morén, S., Perlinski, M., Spång, U., & Westermark, E. (2014). *Rådgivningen Oden – utveckling av programteori om hur en verksamhet för missbruksbehandling fungerar*. (Forskningsrapport nr: 56). Umeå: Umeå Universitet, Institutionen för socialt arbete.

Anonyma Alkoholister (2017). *Anonyma alkoholister: historien om hur tusentals män och kvinnor tillfrisknat från alkoholism*. (Tredje utgåvan). Stockholm: AA i Sverige.

APA Dictionary of Psychology (8 oktober 2023). *Booster session*. Hämtad från <https://dictionary.apa.org/booster-session>

Armelius, B. Å. (2002). *Effekten av vård på psykiatriska behandlingshem*. Slutrapport nr 25 från Behandlingshemsprojektet.

Armelius, K., & Armelius, B-Å. (2022). *Är 12-steg bättre eller sämre i Helydgn eller Öppen vård för klienternas problem med alkohol och narkotika? Ett exempel på användning av rapporter och menyer i UBÅT för att få svar på frågor*. Ubåtsnytt nr 15, Nyheter från missbruksvårdens databas, Råbe & Kobberstad.
<https://media3.rabekobberstad.se/2022/03/Ubatsnytt-nr-15-tolvsteg.pdf>

Avstampet (8 oktober 2023) *Hemsidan*. Hämtad från <https://www.avstampet.se>

Bargmann, S. (2017). *Feedback informed treatment: en grundbog*. (S. Bargmann, Red.) Akademisk forlag.

Bergheim, B. (2021). Accessing tacit knowledge: a street-level method. *Journal of Social Work Practice*, 35:1, 51-61. <https://doi.org/10.1080/02650533.2019.1700491>

Bergmark, A., & Oscarsson, L. (2000). Några behandlingsperspektiv och metoder inom alkoholvården. I Sundberg, B. (red). *Behandling av alkoholproblem - en kunskapsöversikt*. Stockholm: Liber AB, 58–86.

Bergström, K. (2014). *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar – ur ett arbetsrättsligt perspektiv*. Sveriges kommuner och landsting.
<https://skr.se/skr/tjanster/cirkular/cirkular/2023/arbetsgivarensrehabiliteringsansvarurettarbetsrattsligtperspektiv.73778.html>

Bernler, G., Skårner, A., & Johnsson, L. (1993). *Behandlingens villkor: om relationen och förväntningarna i det sociala arbetet*. Stockholm: Natur och Kultur.

Bertolino, B., Bargman, S. & Miller, S.D. (2014). Vad är verksamt i terapi? I S.D. Miller & B. Bertolino (2014). *Feedback-informerad terapi - FIT*. (1:a uppl) Lund: Studentlitteratur, 21-58.

Blom, B., & Morén, S. (2007). *Insatser och resultat i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

- Blom, B., & Morén, S. (2010). Explaining social work practice – the CAIMEr-theory. *Journal of Social work*, 10 (1): 98-119.
- Blom, B., & Morén, S. (2011). Kvalitetsbegreppet. I Blom, B., S. Morén & Nygren, L. (red.) *Utvärdering i socialt arbete. Utgångspunkter, modeller och användning*. Stockholm: Natur & Kultur, 72–87.
- Blom, B., & Morén, S. (2015). *Teori för socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Brante, T. (2015). *Professionerna i kunskapssamhället: en jämförande studie av svenska professioner*. (Första utgåvan) Stockholm: Liber.
- Bryman, A., & Nilsson, B. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder* (Tredje utgåvan). Stockholm: Liber.
- CAN Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2012). *Drogutvecklingen i Sverige 2011*. Rapport 130. Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. <https://www.can.se/app/uploads/2020/01/drogutvecklingen-i-sverige-2011.pdf>
- CAN Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2020). (18 mars 2024). *Hur många använder narkotika i Sverige?* <https://www.can.se/fragor-och-svar/narkotika/hur-manga-anvander-narkotika-i-sverige/>
- CAN Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2019a). *Skolelevers drogvänor 2019*. Rapport 187. Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. <https://www.can.se/publikationer/skolelevers-drogvänor-2019/>
- CAN Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2019b). *Drogutvecklingen i Sverige 2019*. Rapport 180. Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. <https://www.can.se/publikationer/drogutvecklingen-i-sverige-2019/>
- Ceder, P. (2021). *Hur långtgående är rehabiliteringsansvaret beroende på sjukdom? - Skillnaden på rehabilitering för narkotika- och alkoholmissbruk*. Kandidatuppsats. <https://lup.lub.lu.se/student-papers/search/publication/9037213>
- Chen, H.-T. (1990). *Theory-driven evaluations*. Newbury Park: Sage.
- Danermark, B., Ekström, M. & Karlsson, J.C. (2018). *Att förklara samhället*. (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2021). *European Drug Report 2021: Trends and Developments*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2810/18539>
- Fischer, B., Rehm, J., Kim, G., & Kirst, M. (2005). Eyes wide shut? A conceptual and empirical critique of methadone maintenance treatment. *European Addiction Research*, 11(1), 1–14. <https://doi.org/10.1159/000081410>

Föreningen för Minnesotamodellen i Sverige (1995). *Minnesotamodellen: ett trovärdigt behandlingsalternativ?* [dokumentation från Minnesotakonferensen i Stockholm, 10-11 oktober 1994]. Stockholm: Fören. för Minnesotamodellen i Sverige.

Hesse, M., Thylstrup, B., & Nielsen, A. (2017). Matching patients to treatments or matching interventions to needs? In *The SAGE Handbook of Drug & Alcohol Studies: Social Science Approaches*, 287–301. London: Sage Publications.

Holm, A., & Svahn, S. (2020). *Andlighet – ett arbetsnamn: Andlighet utifrån Anonyma Alkoholisters perspektiv - en kvalitativ studie*. Kandidatuppsats. Linnéuniversitetet.

Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
<https://doi.org/10.1177/1049732305276687>

Hubble, M.L., Duncan, B.L., & Miller, S.D. (red.) (1999). *The heart & soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

IOGT-NTO.(29 oktober 2022). *Remissyttrande över Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93) [Remissvar]*. Regeringskansliet.
<https://www.regeringen.se/remisser/2021/12/remiss-av-sou-202193/>

Johnson, B., Richert, T., & Svensson, B. (2017). *Alkohol-och narkotikaproblem*. Lund: Studentlitteratur.

Jonsson, G. (1969). *Det sociala arvet*. Stockholm: Tiden.

Jonsson, P., & Gabrielsson, P. (2023). Eftervård som social hållbarhet på individnivå. Socialtjänstens arbete med personer som varit institutionsplacerade. I B. Blom, M. Eriksson & M.-L. Snellman (red.). *Socialtjänstens arbete med social hållbarhet*. Lund: Studentlitteratur, 269-282.

Kelly J.F., Humphreys K., & Ferri M. (2020). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012880.pub2>

Kierkegaard, S. (1859). *Synspunktet for min forfatter-virksomhed: en ligefrem meddelelse: rapport til historien*. Kjøbenhavn: Reitzel.

Kunskapsguiden (1 november 2023). Ansvar för behandling och stödinsatser.
<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/missbruk-och-beroende/behandling-och-stodinsatser-vid-missbruk-och-beroende/ansvar-for-behandling-och-stodinsatser/>

Landrum, B., Knight, D. K., & Flynn, P. M. (2012). The impact of organizational stress and burnout on client engagement: Organisational dynamics within substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(2), 222–230.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.10.011>

Lissener, T. (2023). Beroendeframkallande substanser – bruk och politik. I Lindqvist Bagge, A.S, & Hildebrand Karlén, M., (Red). *Handbok i missbruks- och beroendepsykologi* (Andra utgåvan). Stockholm: Liber, 16-28.

Longabaugh, R. & Wirtz, P. W. (2001). Project MATCH Hypotheses: Results and Causal Chain Analyses. *NIH Publication No. 01-4238*, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Mann, K. & Hermann, D. (2010). Individualised treatment in alcohol-dependent patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260, 116–120. <https://doi.org/10.1007/s00406-010-0153-7>

McQ, J. (2018). *De steg vi tog: en undervisare i de Tolv Stegen delar med sig av sin erfarenhet, styrka och hopp till alla som tillfrisknar från beroenden, alla som vill tillfriskna och alla som älskar dem*. Vallentuna: Pedagogkonsult.

Miller, S.D. & Bertolino, B. (2014). *Feedback-informerad terapi - FIT*. (Miller, S.D. & Bertolino, B., Red.) (Första upplagan) Lund: Studentlitteratur.

Miller W.R. & Hester R.K., (1986). Inpatient alcoholism treatment. Who benefits? *American Psychology* Jul;41(7):794-805. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.41.7.794>

Morén, S. & Blom, B. (2003). *Insatser och resultat: om utvärdering i socialt arbete*. Umeå: Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet.

Ogden, T. (2012). Rapportering av randomiserat kontrollerade utvärderingar. I Sundell, K. (red.) (2012). *Att göra effektutvärderingar*. (Första upplagan) Stockholm: Gothia, 503-530.

Osmond, J. (2006). A quest for form: The tacit dimension of social work practice. *European Journal of Social Work*, 9(2), 159–181. <https://doi.org/10.1080/13691450600723013>

Padyab, M. & Grahn, R. (2023). Demografiska skillnader i utfall. I Lundgren, L. (red). *Effektiv insatsplanering – vid svår substansanvändning*. Lund: Studentlitteratur, 111–120.

Payne, M. (2015). *Modern teoribildning i socialt arbete*. (Tredje utgåvan, svenska utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Polanyi, M. (1967). *The tacit dimension*. Garden City, NY: Doubleday Anchor.

Probst, B. (2012). Living with and living within: Visions of “environment” in contemporary social work. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 12(5), 689–704. <https://doi.org/10.1177/1473325012455086>

Ramstedt, M. & Guttormsson, U. (2024). *Riskbruk av alkohol i Sverige enligt nya riktlinjer. Kortfakta 04*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Rogers, P. J., Petrosino, A., Huebner T. A., & Hacs, T. A. (2000). Program theory evaluation: Practice, promise and problems. *New Directions for Evaluation*, 87, 5–14. <https://doi.org/10.1002/ev.1177>

Runquist, W. (2012). *Legitimering av tvångsvård: klienter och deras socialsekreterare om LVM*. Diss. Lund: Lunds universitet.

SBU/Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2019). *Missbruk och beroende av alkohol och narkotika: kunskapsläget för utredningar och insatser inom socialtjänsten: en kartläggning av systematiska översikter*. SBU-rapport nr 296. ISBN 978-91-88437-38-9. <https://www.sbu.se/contentassets/c969ef9cb6a643d28d8166710a955a83/missbruk-och-beroende-avalkohol-och-narkotika.pdf>

SBU/Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2021:02. *Effekter av tolvstegsbehandling och korta insatser för att understödja deltagande i AA vid alkoholberoende*. SBU KOMMENTERAR. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/effekter-av-tolvstegsbehandling-och-korta-insatser-for-att-understodja-deltagande-i-aa-vid-alkoholberoende/?pub=68817&lang=sv>

Schilke, O., Reimann, M., & Cook, K. S., (2021). Trust in social relations. *Annual Review of Sociology*, 47, 239-259. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-082120-082850>

Sim, J. & Waterfield, J., (2019). Focus group methodology: some ethical challenges. *Quality & Quantity*, 53, 3003-3022. <https://doi.org/10.1007/s11135-019-00914-5>

Sinnesrobönen (2023, 27 april). I Wikipedia. <https://sv.wikipedia.org/wiki/Sinnesrob%C3%B6nen>

SKR Sveriges Kommuner och Regioner (2023). *Om psykisk hälsa Bilaga till Positionspapper för psykisk hälsa*. Sveriges Kommuner och Regioner. <https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/positionspapperforpsykiskhalsa.73285.html>

Socialtjänstlag (2001:453). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/

Soussan C., & Kjellgren A., (2019). Alarming attitudinal barriers to help-seeking in drug-related emergency situations: Results from a Swedish online survey. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 36(6), 532-541. <https://doi.org/10.1177/1455072519852837>

Socialstyrelsen (2017b). *Individ- och familjeomsorg: lägesrapport 2017*. <https://www.socialstyrelsen.se/api/publication/huvuddokument/?artikelnummer=2017-2-14>

Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>

Socialstyrelsen (2020). *Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende Kunskapsstöd – i hälso- och sjukvård och socialtjänst.*

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2020-3-6607.pdf>

Socialstyrelsen (2023). *Addiction Severity Index (ASI).*

<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/missbruk-och-beroende/asi-intervjun/>

SOU 2011:6. *Missbruket, Kunskapen, Vården Missbruksutredningens forskningsbilaga.* Delbetänkande av Missbruksutredningen.

<https://data.riksdagen.se/fil/64A71D11-382D-4ED8-A14C-4C9E1F9650EF>

SOU 2021:93. *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.* Delbetänkande av Samsjuklighetsutredningen. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2021/11/sou-202193/>

SOU 2023:5. *Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja.* Slutbetänkande av Samsjuklighetsutredningen.

https://www.regeringen.se/contentassets/c784f61021274fod98fb1552192cda81/sou-2023_5-tvangsvarden-som-en-del-av-en-sammanhallen-och-personcentrerad-vardkedja.pdf

SSIL. (2018). Handläggare Avstampet. *Kvalitetsindex HVB.* Rapport.

https://www2.sjukvardsinformation.net/pdfki/927869_9001_2018-06-08_090415_1.pdf

SSIL. (2019). Handläggare Avstampet. *Kvalitetsindex HVB.* Rapport.

https://www.avstampet.se/files/ugd/68501d_63fd8b2f2fe84dc68b9do86fac44de19.pdf

SSIL. (2020). Handläggare Avstampet. *Kvalitetsindex HVB.* Rapport.

https://www.avstampet.se/files/ugd/68501d_61debo29b3d94b33b32740000277e3a4.pdf

SSIL. (2021). Handläggare Avstampet. *Kvalitetsindex HVB.* Rapport.

https://www.avstampet.se/files/ugd/68501d_90960f5e00444129992518524b7a58c4.pdf

SSIL. (2022). Handläggare Avstampet. *Kvalitetsindex HVB.* Rapport.

https://www.avstampet.se/files/ugd/68501d_6c95f88f231340cbb98e89b93106924c.pdf

Stevenson, L. F., Haberman, D. L., Wright, P. M., & Witt, C., (2017). *Thirteen theories of human nature.* (Sjunde utgåvan) Oxford University Press.

- Stone, D. A., Conteh, J. A., & Francis, J. D. (2017). Therapeutic Factors and Psychological Concepts in Alcoholics Anonymous. *Journal of Counselor Practice*, 8(2).
- Storbjörk, J., Antonsson, E., & Stenius, K., (2019). *The Swedish Addiction Treatment System: Government, Steering and Organisation*. Technical Report. Research Reports in Public Health Sciences. <https://doi.org/10.17045/sthlmuni.9906542.v1>
- Svensson, B. (2003). *Knarkare och plitar: tvångsvården inifrån*. Stockholm: Carlsson.
- Svensson, K., Johnsson, E., & Laanemets, L., (2021). *Handlingsutrymme: utmaningar i socialt arbete*. (Andra utgåvan). Stockholm: Natur & Kultur.
- The Kelly Foundation. (10 mars 2023). *Recovery dynamics*. Hämtad från <https://kellyfdn.org/>
- Trevithick, P. (2008). Revisiting the knowledge base of social work: A framework for practice. *The British Journal of Social Work*, 38(6), 1212-1237. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm026>
- Vedung, E. (2011). Några traditionella utvärderingsmodeller. I Blom, B., Morén, S. & Nygren, L. (red.) *Utvärdering i socialt arbete. Utgångspunkter, modeller och användning*. Stockholm: Natur & Kultur, 103–121.
- Von Wright, J. (2021). *Från omtvistad till självklar vårdreform*. Alkohol & Narkotika. Hämtad från <https://www.alkoholochnarkotika.se/vard/fran-omtvistad-till-sjalvklar-vardreform/>
- WHO/Världshälsoorganisationen (u.å). *WHO Dependence syndrome*. https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/ (Hämtad 2021-12-07).
- Weiss, C. H. (1998). *Evaluation – Methods for studying programs and policies* (2nd ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Örtenblad, A. (2018). What does “learning organization” mean?. *The Learning Organization*, Vol. 25 No. 3, 150-158. <https://doi-org.proxy.ub.umu.se/10.1108/TLO-02-2018-0016>

Bilaga 1

Huvud- och underbegrepp	Exempel
1. KONTEXTER	
1.1 Samhällelig och kulturell kontext	
1.1.1 Möjliggörande inslag	Omvärld, grannskap, andra organisationer. Främjande respektive problemskapande strukturer etc.
1.1.2 Hindrande inslag	Familj, släkt, nära vänner etc. Även "problemskapande" relationer. Hälsa, boende, försörjning etc. Kritiska/betydelsefulla händelser.
1.2 Klientens livsvärld	
1.2.1 Primära relationer och livsvärldsvillkor	Kollegor, grannar, bekanta etc. Även "problemskapande" relationer. Arbetsplatsen, kommunikationer, rekreativsmöjligheter etc. Kritiska/betydelsefulla händelser.
1.2.2 Sekundära relationer och livsvärldsvillkor	
1.3 Biståndskontext	
1.3.1 Direkta biståndsvillkor	Fysisk och social "miljö" där det direkta biståndet sker. En verksamhets "inre"/arbetsorganisation, organisering, placering, interiör, samarbetsklimat etc. Officiella och inofficiella programteorier.
1.3.2 Indirekta biståndsvillkor	Lokala biståndsvillkor och de som sätter dessa. "Yttre"/övergripande organisation, organisering, politiker, chefer, målsättningar, resurstilldelning etc. Officiella och inofficiella programteorier.
1.4 Kontextmekanismer (sociala)	
1.4.1 Makronivå	Marknadsmekanismer etc.
1.4.2 Mesonivå	Organisationsmekanismer etc.
1.4.3 Mikronivå	Gruppmekanismer etc.
2. AKTÖRER	
2.1 Primära biståndsaktörer	Socialarbetare, terapeut. etc Grundsyn på människan, samhälle och socialt arbete
2.2 Klienter	Vuxna, ungdomar, barn. Grundsyn på människan, samhälle och socialt arbete
2.3 Andra biståndsaktörer	
2.3.1 Formella andra biståndsaktörer	Lärare, läkare, polis, präst etc. Grundsyn på människan, samhälle och socialt arbete
2.3.2 Informella andra biståndsaktörer	Någon som bistår, utan att ha en formell biståndsroll. T.ex. en granne. Grundsyn på människan, samhälle och socialt arbete
3. INSATSER	
3.1 Socialarbetarinsatser	
3.1.1 Formella insatser	Metoder, arbetssätt, tekniker, förhållningssätt. Introducerandet av idéer och resurser etc.
3.1.2 Informella insatser	T.ex. hjälp, stöd, umgänge på vänskapsbasis
3.2 Klientinsatser	Ansträngningar, förhållningssätt, överväganden, beredvillighet, val etc.
3.3 Andras insatser	
3.3.1 Formella insatser	Metoder, arbetssätt, tekniker, förhållningssätt. Introducerandet av idéer och resurser etc.
3.3.2 Informella insatser	Medkänsla, praktisk hjälp, förväntningar, social kontroll etc.
4. MEKANISMER	
4.1 Sociala biståndsmekanismer	T.ex. Gensvars-, Utmanings-, Rollöverskridande-, Risktagandemekanismer
4.2 Socialpsykologiska	Internalisering av det externa och externalisering av det interna

4.3 Psykologiska	T.ex. Altruism, "Socialt patos", Egoism, "Revanschlust", Identifikation
5. RESULTAT	
5.1 Utfall	T.ex. erhållit materiellt eller emotionellt bistånd
5.2 Effekter (tidiga, medell., långsiktiga)	
<i>5.2.1 Ytaspekter</i>	
5.2.1.1 Generella	T.ex. slutat missbruka, fungerande ekonomi
5.2.1.2 Specifika	T.ex. en ny tatuering, annan klädstil, annat umgänge
<i>5.2.2 Processaspekter</i>	
5.2.2.1 Generella	T.ex. gradvis ökat ansvar för den egna förändringen
5.2.2.2 Specifika	T.ex. förändrad självbild, emotionell mognad, ökad social kompetens
	T.ex. fri från en viss typ av ångest, kan glädjas åt sina barn, omvärderat betydelsen av nära relationer

Figur 1. Schema över KAIMeR-begreppen – indelningar och exempel (ur Blom & Morén, 2015).