

Beslut på bättre grunder

– en handbok för ASI-användare

Siv Nyström,
Björn Sallmén och David Öberg

ims.

INSTITUTET FÖR UTVECKLING
AV METODER I SOCIALT ARBETE
Socialstyrelsen

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en Forskningsrapport. Det innebär att den innehåller kunskaper och analyser som bygger på vetenskapliga metoder. Författarna svarar själva för innehåll och slutsatser.

ISBN: 91-7201-911-5

Artikelnr: 2005-112-1

Omslag: Ninni Jutfelt

Sättning: Mediasmedjan

Tryck: Bergslagens Grafiska, Lindesberg, januari 2005

Förord

Ett av IMS (Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete) uppdrag är att bidra till utvecklingen av standardiserade bedömningsmetoder och att stödja användning av dessa inom socialtjänstens område. Denna skrift är en handbok för användare av standardiserade klientbedömningsmetoder. Titeln ”Beslut på bättre grunder” pekar på en av de viktigaste fördelarna med dessa metoder, nämligen att de producerar ett gott underlag för beslut, både i det direkta klientarbetet och i ledningens arbete.

Siv Nyström är bokens huvudförfattare. Kapitlen 1, 4, 5 och 6 har skrivits i samarbete med Björn Sallmén och David Öberg. Många har bidragit med synpunkter. Författarna vill särskilt tacka Birgitta Ander, Anna-Lena Cronqvist, Gunnel Ekblom, Anneli Jäderland, Lennart Jöhnk, Jan Koskinen, Caisa Lyly, Birgitta Nilsson, Annika Remaeus och Marita Sivén. Innehållet har dessutom granskats av David Zingmark, Anders Andrén och Christer Engström. Synnöve Ljunggren har svarat för språkgranskningen.

Boken utgår från tre frågor av särskilt intresse för professionellt yrkesverksamma och ansvariga för planerings- och utvecklingsarbete: Vilka hjälpbehov har klienterna? Förbättras klienternas situation? Bidrog insatserna till en förbättring av klienternas situation? Här visas hur en standardiserad intervju, som ASI, ger svar på dessa frågor och därmed ger kunskap om vilken eller vilka insatser som bäst svarar mot en enskilds eller en klientgrupps behov samt om en klient eller en klientgrupp fick rätt insats. Boken innehåller många konkreta exempel på hur information från ASI-intervjun bidrar till bättre bedömningar och därmed även till utvecklingen av klientarbete, insatser och verksamhet.

Med denna bok fortsätter IMS ett arbete som påbörjades av CUS, nämligen stödet till användare av standardiserade metoder i missbrukarvården. Den första bok som gavs ut var Berglund m.fl. ”Dokumentation i missbrukarvården” (1996), som handlade om vad som är tillförlitlig och relevant information för missbrukarvård. Samma år kom den första upplagan av ASI-manualen ut. Den senaste upplagan gavs ut 2003 – Andréasson m.fl. ”ASI-intervjun – en struk-

turerad intervjumetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem”. I en annan rapport ger praktiker sina perspektiv på användningen av standardiserade metoder – Nyström (red) ”Metoder för missbrukarvården” (2003).

Intresset för standardiserade bedömningsmetoder växer alltjämt. Tidigare var det främst professionellt yrkesverksamma som frågade efter information inom området. I allt större utsträckning efterfrågar nu också chefer och andra ansvariga information och kunskap. Därför ger IMS nu ut en handbok som riktar sig både till dem som är ansvariga för klientarbete och dem som har ett ledningsansvar. I ”Beslut på bättre grunder” har vi samlat information och kunskap som ledning, chefer, professionella och andra behöver när de planerar att använda ASI-intervjun som bas för klientarbete och verksamhetsledning.

Karin Tengvald
chef för IMS

Robert Erikson
ordförande i IMS styrelse

Innehåll

Förord	3
Introduktion	9
Kapitel 1 Fakta om ASI-intervjun	11
Ett bland flera bedömningsinstrument	12
Mäta det unika	13
En kort historik	14
ASI i Sverige	17
ASI-intervjun – några kännetecknande drag	19
<i>Två varianter av ASI-intervjun</i>	19
<i>Sju livsområden</i>	19
<i>Neutrala och sakliga frågor</i>	20
<i>En personlig intervju</i>	21
<i>Klientens perspektiv</i>	23
<i>Professionellas perspektiv</i>	23
Etiska aspekter	24
<i>Risker</i>	25
<i>Klienternas egen uppfattning</i>	25
Kapitel 2 ASI-intervjun i planerings- och utvecklingsarbetet	27
Resultat som utgångspunkt	27
Klientgruppers behov	28
<i>Tvårsnittsbeskrivningar av klientgrupper</i>	28
<i>Exemplet Norrmalm</i>	34
<i>Tidsserier</i>	36
<i>Planering av insatser</i>	38

Klientgruppens förbättring	41
<i>Längdsnittsinformation</i>	41
Har insatserna hjälpt?	43
<i>Olika insatsers värde</i>	47
<i>Utveckling av verksamhet och insatser</i>	48
Checklistor	50
Kapitel 3 Lägga upp arbetet	53
Organisera intervjuarbetet	53
Förstå informationen	55
<i>Att tänka på inför användandet av ASI-intervjun i arbetet</i>	55
Organisera verksamheten	56
Förberedelser inför ett nytt arbetssätt	58
<i>Chefsansvar</i>	59
Informationsbehov och ambitionsnivå	60
Förändring i olika faser	61
<i>Orienterande fas</i>	62
<i>Prövande fas</i>	62
<i>Genomförandefas</i>	64
<i>Reguljär användning</i>	64
Från beslut till genomförande	65
Kapitel 4 ASI-intervjun i klientarbete	69
För klientens bästa	69
<i>Bedömning av hjälpbehov</i>	69
<i>Klientarbetets centrala moment</i>	70
<i>Bedömning utifrån ASI-underlag</i>	71
<i>Värdet i klientarbetet</i>	75
Följa upp hjälpbehov och insatser	77
<i>Bedömning av klientens utveckling</i>	77
<i>Ett exempel</i>	79
<i>Värde i klientarbetet</i>	83

Några användningsområden	83
<i>Social utredning</i>	84
<i>Val av behandling</i>	86
<i>Behandlingsplanering</i>	87
<i>Överlämning och remittering</i>	88
<i>Samarbete mellan myndigheter</i>	89
Kapitel 5 Bedömningsmetoden steg för steg	91
Förberedelser	91
<i>Förbereda intervjun</i>	92
Genomföra intervjun	95
<i>Markera övergångar</i>	95
<i>Möta starka känslor</i>	95
<i>Klargöra svaren</i>	97
Bearbeta och bedöma	98
<i>Att summera intervjun</i>	98
Uppföljningsintervjun	100
Hjälpmedel	101
<i>Profiler</i>	101
<i>Feedbackformulär</i>	102
<i>Textsammanställning</i>	103
Förmedla information till klienten	104
Kapitel 6 Intervjuförberedelser	109
<i>Att tänka på innan du går utbildningen</i>	110
<i>Att tänka på efter att du har gått utbildningen</i>	110
Förstå frågorna	110
<i>Fysisk hälsa</i>	111
<i>Arbete/försörjning</i>	111
<i>Alkohol- och narkotikaanvändning</i>	113
<i>Kriminalitet</i>	114
<i>Familjehistoria</i>	115
<i>Familj och umgänge</i>	115
<i>Psykisk hälsa</i>	116

Slutord	117
Referenser	119
Bilaga 1	125
Bilaga 2	133
Allmän information	135
Fysisk hälsa	135
<i>Klientens skattningar</i>	135
<i>Intervjuarens skattning</i>	135
Arbete och försörjning	135
<i>Klientens skattningar</i>	136
<i>Intervjuarens skattning</i>	136
Alkoholproblem	136
<i>Klientens skattningar</i>	137
<i>Intervjuarens skattning</i>	137
Narkotikaproblem	137
<i>Klientens skattningar</i>	137
<i>Intervjuarens skattning</i>	137
Kriminalitet	138
<i>Klientens skattningar</i>	138
<i>Intervjuarens skattning</i>	138
Missbruk och psykiska problem i släkten	138
<i>Familj och umgänge</i>	138
<i>Klientens skattningar</i>	139
<i>Intervjuarens skattning</i>	139
Psykisk hälsa	139
<i>Klientens skattningar</i>	140
<i>Intervjuarens skattning</i>	140

Introduktion

Det finns ett stort intresse för att utveckla och förbättra de insatser som klienterna erbjuds i socialtjänst, beroendevård, kriminalvård och andra välfärdstjänstesektorer. Det finns också ett växande intresse för bättre kunskapsunderlag i verksamheter inom dessa områden. Vi hoppas att den här boken kan bli ett bidrag till denna utveckling.

Boken visar hur ASI-intervjun, en intervjumetod för att bedöma alkohol- och narkotikarelaterade problem, kan användas som grund för ett klient- och resultatnriktat arbetssätt.

Bokens första kapitel riktar sig särskilt till dem som ännu inte stiftat bekantskap med ASI-intervjun. Här ges en introduktion till ASI-intervjun som bedömningsmetod och en historisk tillbakablick. Här beskrivs även ASI-intervjuns utmärkande drag.

Kapitel 2 handlar om ASI-intervjuns roll i verksamheten och vänder sig till alla som är intresserade av dessa, mer övergripande, frågor. Beskrivningar av klientgrupper som baseras på ASI-intervjuer, bildar grunden för ett klient- och resultatnriktat arbetssätt. Här behandlas vad denna information kan användas till i planerings- och utvecklingsarbetet, både på kort och längre sikt. Förändringar får alltid konsekvenser för organisationen och därför innehåller kapitel 3 information av intresse för dem som planerar för ett nytt arbetssätt.

I kapitel 4 skiftar fokus till ASI-intervjuns roll i klientarbetet och denna del vänder sig i första hand till enskilda användare och andra som är intresserade av hur det konkreta arbetet går till. I klientarbetet är ASI-intervjun i första hand en metod för bedömning och uppföljning av enskilda klienters behov och förbättring. Vi visar vilken nytta man har av ASI-intervjun som bedömningsmetod och underlag, bl.a. vid behandlingsplanering, utredning och val av insats. I kapitel 5 beskriver vi relativt ingående intervjuns centrala moment, tillvägagångssätt och arbetsformer samt hur en intervjuare bör använda de hjälpmedel som finns till hands. Kapitel 6 ger en kort beskrivning av ASI-intervjuns frågeområden och frågor.

Den här boken behandlar ASI-intervjun, men är i princip tillämplig för andra standardiserade och strukturerade intervjuer. Boken

kan därför vara av intresse även för dem som planerar att använda andra, liknande intervjumetoder.

Trots att vi använder ASI-intervjun som exempel, vill vi understryka att detta varken skall uppfattas som ett ensidigt ställningstagande för ASI-intervjun eller som ett avståndstagande från andra arbetsmetoder. Strukturerade intervjuer, som ASI-intervjun, ger ett basbehov av information om de används systematiskt men de kan behöva kompletteras med annan information och andra arbetssätt. Som alltid är det klientens behov av rätt insats och behandling som är det centrala.

Kapitel 1

Fakta om ASI-intervjun

ASI, Addiction Severity Index, är en strukturerad intervju som används för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem. Under senare år har ASI-intervjun rönt ett allt större intresse utomlands och även i Sverige. En orsak till detta är att den är ett av få bedömningsinstrument som täcker flera olika områden och som ger en bred bild av klienten. Den information som samlas in med ASI-intervjun har relevans både för de klienter som söker stöd och hjälp och för dem som skall fatta beslut om att ge detta stöd och välja bästa möjliga stödform. Det finns nu ett stort antal professionella yrkesutövare som använder intervjun, särskilt inom socialtjänst, beroendevård och kriminalvård, men den används även inom annan privat och offentlig behandlingsverksamhet.

En förklaring till ASI-intervjuns popularitet är att den är lätt att använda i klientarbetet och innehåller frågor som är viktiga för att kunna hjälpa klienterna. Ytterligare en förklaring är att frågor och svar betyder samma sak, oberoende av vem som intervjuar och vem som blir intervjuad. Uppgifterna får på det viset en likartad kvalitet som möjliggör jämförelser. Det gör att uppgifterna får en likvärdig standard och kan användas som underlag för sammanställningar, bearbetningar och jämförelser. En tredje förklaring till ASI-intervjuns popularitet är att den har psykometriska egenskaper som gör att den kan användas som mätinstrument i vetenskapliga studier. ASI-intervjun är utprövad så att den fyller vetenskapliga krav på validitet och reliabilitet.

Det finns många liknande instrument med olika frågeområden och som bygger på direkta frågor till klienten. Grundläggande delar av ASI-intervjuns konstruktion skiljer sig inte från andra instrument av samma typ. Det som i första hand skiljer ASI-intervjun från många andra liknande instrument är de sammanfattande måtten.¹

¹ Det finns även instrument som är uppbyggda utifrån mer eller mindre etablerade skalor. Exempel på den senare typen av instrument är Opiate Treatment Index och Maudsly Addiction Profile, vilka båda berör olika livsområden och har skalor som vid bearbetningen ger olika jämförbara poängsummer.

De vetenskapliga och mättekniska kvalitéerna kommer inte att beröras närmare i denna bok men de är viktiga även när ASI-intervjun används i verksamhet och klientarbete.

Ett bland flera bedömningsinstrument

Det finns många olika typer av instrument för att mäta människor. En del av dessa ingår i BIB (1998) som är en katalog över 61 olika instrument i svensk översättning. I BIB görs en uppdelning av instrument i fyra steg.

I det första steget sker en *identifiering*. Man använder då instrument, som ofta kallas gallrings- eller ”screening”-instrument, för att skilja ut de personer som uppfyller ett visst kriterium från personer som inte gör det. Det kan handla om att identifiera individer som sannolikt har alkoholproblem/skadliga alkoholvanor och samtidigt gallra bort dem som sannolikt inte har sådana problem. Exempel på en sådan psykologisk markör är AUDIT-instrumentet (Alcohol Use Disorders Identification Test). Instrumentet har ett smalt fokus och med ett fåtal frågor söker man indikationer på förekomsten av ett problem.

Problemanalys, det andra steget, är en mer grundläggande utredning av det aktuella problemet. De instrument som då används kallas för diagnostiska test med syftet att närmare utreda ett identifierat tillstånd med hjälp av något mer avancerade metoder än i steg 1. Här kan t.ex. metoderna SCID, Structured Clinical Interview for DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) och Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) vara av värde. Ofta räcker emellertid inte detta utan fler uppgifter om problemtillståndet måste samlas in för att man skall kunna sätta in lämpliga individanpassade åtgärder. Andra metodexempel i fallet alkohol är AVI (AlkoholVaneInventoriet) eller LDH (Lifetime Drinking History).

Det tredje steget är *bedömning* av en persons sociala situation, som också kan beröra färdigheter och personlighet. Då man gör en behandlingsplan t.ex., bör man göra en allsidig bedömning och inte enbart intressera sig för individens missbruks- eller beroendeproblem. ASI-intervjun (Addiction Severity Index) är ett exempel på en metod som i sin helhet täcker in problem- och hjälpbehov inom områden som är centrala vid missbruk, med tyngdpunkt på den psykosociala utredningen. Andra exempel är DOK-systemet för systematisk klient-

dokumentation inom missbrukarvården och SCL-90 (Symptom Checklist) för kartläggning av olika klassiska psykiatriska symptom. Ytterligare exempel är psykologiska test som kräver psykologkompetens.²

Det fjärde steget är *uppföljning*, då man tar reda på vad insatsen lett till för klienternas del. ASI-intervjuns uppföljningsintervju kan användas för detta.

ASI-intervjun samt DOK och ungdomsversionen ADAD, vilka båda ingår i Statens institutionsstyrelses, SiS, dokumentationssystem, är några av de få klientbedömningsinstrument som ger en helhetsbild av klienten.

Mäta det unika

Många kritiker menar att strukturerade intervjuer beskriver klienten och klientens situation på ett alltför förenklat sätt. De menar att det inte går att fånga in en klient – en unik individ i en komplex situation – med hjälp av enkla kategoriseringar och mått. Med grovmaskiga indelningar och kvantitativa mått reduceras bilden av klienten, och därmed blir även kunskapen bristfällig (Eneroth 1996 och 1997, Månsson 2000).

Kritiken pekar på något viktigt, nämligen att klientens situation bör beskrivas utifrån relevanta kategorier och så fullständigt som möjligt. Ingen metod kan göra anspråk på hela ”sanningen” om klienten. Att nå full förståelse av en persons unika situation är givetvis lika omöjligt som att nå total objektivitet, vilken metod man än använder. En rimligare och framför allt mer praktisk inställning, är att olika typer av kunskap kompletterar varandra. Förståelse av klientens unika situation och kunskap, inhämtad med s.k. objektiva metoder, fyller olika funktioner och bidrar på olika sätt till ökad kunskap och förståelse. Det krävs både kunskap och insikt för att kunna använda sig av såväl kvantitativ som kvalitativ information på ett någorlunda riktigt sätt.

² T.ex. test som mäter begåvning (Wechsler Adult Intelligence Scale, WAIS), neuropsykologisk funktionsnivå (t.ex. Halstead-Reitans neuropsykologiska testbatteri) eller personlighetsegenskaper (t.ex. NEO Personality Inventory eller Rorschachtestet). För information om psykologiska testmetoder hänvisas till Psykologiförlaget i Stockholm.

Som vi kommer att visa längre fram kombineras dessa olika synsätt när ASI-intervjun används som bas för bedömning av klientens hjälpbehov.

Rätt använd genererar ASI-intervjun värdefull klientinformation men den kommer aldrig att kunna ersätta det professionella omdömet.

En kort historik

ASI-intervjuns historia går tillbaka till 1970-talets USA. Många av de soldater som återvände till USA efter Vietnamkriget använde droger. Visserligen upphörde flertalet med sitt missbruk efter återvändandet, men konsumtionen av opiater kom trots det att öka avsevärt. Missbruket bidrog till att veteranernas återanpassning blev ett stort samhällsproblem, något som bl.a. fick återverkningar på det juridiska planet, eftersom myndigheterna bekämpade droghandel och droganvändning med alla medel som stod till buds.

Veterans Administration, VA, en organisation för krigsveteraner med bl.a. egna sjukhus och behandlingshem, satsade stora resurser, både på behandling för de missbrukande krigsveteranerna och på utvärdering och forskning. NIDA, som är en stor finansiär av amerikansk missbruksforskning, tog initiativet till ett forskningsprojekt. Under ledning av den då unge Tom McLellan fick en grupp forskare uppdraget att utvärdera ett nätverk av behandlingsenheter för missbrukande vietnamveteraner. Ett led i forskningen var att beskriva klienterna och deras komplexa problematik. När projektet skulle dras igång blev arbetet fördröjt av praktiska skäl. "Väntetiden" utnyttjades till att utveckla ett frågeformulär som var anpassat till studiens frågeställningar.

De frågeformulär som vanligen användes fokuserade på drogerna och deras konsekvenser. Man frågade om sådant som konsumtionsmängd och konsumtionsmönster, toleransökning och drogernas direkta effekter, detektion av missbruk och diagnostisering av beroenden. Med tanke på behandlingshemmens skiftande inriktningar hade man nu behov av ett intervjuformulär av mer generell karaktär. I samtal med klienter och personal kom McLellan och hans grupp fram till att klienternas besvär inte bara var relaterade till missbruket som sådant. De hade även problem inom andra områden och dessa problem påverkade deras möjligheter att upphöra med missbruket och anpassa sig till ett drogfritt liv. Utifrån denna erfarenhet och med syftet att besvara

forskargruppens frågor, började McLellan och hans kollegor konstruera en intervju som beaktade denna mångfacetterade problematik.

På behandlingshemmen samlade personalen in information om klienterna för att få ett underlag för enheternas arbete. För McLellan och hans kollegor föll det sig naturligt att ”haka på” denna informationsinsamling då de började konstruera en intervju. På det viset kom behandlingshemspersonalens behov av information att påverka intervjuens innehåll. Även klienterna involverades, särskilt då man försökte finna ut vilka frågor som var meningsfulla och hur frågorna borde ställas.

Projektet blev försenat och på grund av tidspressen försökte forskarna att med minsta möjliga antal frågor få fram den information som var nödvändig för behandlingsplanering. Syftet med intervjun var även att belysa klienternas förändring över tid. Av det skälet ingick en uppföljning av klienternas situation, vilket krävde frågor som kunde ställas vid flera tillfällen. Man undersökte därför vilka faktorer som hade betydelse för en lyckad missbruksbehandling.

Behandlarna hade önskemål om att kunna jämföra klienternas problemtygnd och därför utvecklades skattningsskalor för både intervjuare och klienter. Först utvecklades en tiogradig skala för både intervjuare och klienter. Den uppskattades av personalen men inte av klienterna, som tyckte att den var för svår. Skalstegen reducerades därför till fem, vilket gjorde klienterna nöjda men inte intervjuarna, som ansåg att skalan därmed blev alltför onyanserad. Lösningen blev att klienternas skattningsskala fick fem steg och intervjuarnas tio, vilket fortfarande gäller.

Den första versionen av Addiction Severity Index, som blev resultatet av detta utvärderingsprojekt, konstruerades utan någon tanke på att den skulle användas i andra sammanhang. ASI-intervjuns form och innehåll är än idag tydligt präglad av att den konstruerades för att beskriva manliga vietnamveteraner med missbruksproblem under mitten av 70-talet. Såväl målgruppen som tidsandan kan anas även i dagens version av ASI-intervjun. Intervjun är t.ex. bättre anpassad för män än för kvinnor, juridiska problem är viktigare än brott, pengar och arbetslöshet är viktigare än att kunna fungera i arbete. Det som då var nytt är idag delvis föråldrat, men med de uppgraderingar som gjorts har intervjun visat sig fylla en funktion både för forskning och klientarbete.

Alltsedan den första versionen kom ut har McLellan delat ut ASI-intervjun till intresserade utan kostnad.³ 1979 hade den fått en sådan spridning att det blev intressant att genomföra valideringsstudier. Det första vetenskapliga arbetet med ASI-intervjun som grund publicerade McLellan 1980 (McLellan, A.T., 1980). I början av 90-talet hade intervjun fått status som ett vedertaget sätt att beskriva klientgrupper inom missbruksforskningen i USA. Originalintervjun med kompletterade versioner började då spridas även utanför missbrukarvård och forskning.⁴

Till att börja med utvecklades ASI-intervjun för att utvärdera missbrukarvård, men under 1970-talets andra hälft började praktiskt yrkesverksamma inom andra vårdande yrken att visa intresse för intervjun. Det hörde till ASI-intervjuns förtjänster att den både hade vetenskapliga kvaliteter och var användbar i praktiskt, kliniskt arbete, vilket medförde att den spreds till både forskare och forskningsintresserade behandlare utanför USA. I USA används ASI-intervjun inom kriminalvård, socialt arbete, psykiatri och av försäkringskassan. Från att ha varit ett frågeinstrument av generell karaktär för en begränsad målgrupp, har ASI-intervjun utvecklats till ett brett instrument för varierande målgrupper. Från mitten av 1970-talet har intervjun spritts och finns idag översatt till ett stort antal språk. Den används förutom i Nordamerika, Australien och Europa även i Sydamerika, Afrika och Asien.

Det stora intresset för intervjun inom amerikansk missbruksforskning gjorde även europeiska forskare intresserade. Flera forskare, bl.a. i Sverige, gjorde försök att översätta intervjun, vilket resulterade i många olika versioner i olika länder.

³ McLellan delade med sig och sände intervjun utan kostnad till många intresserade. Det hände t.o.m. att han blev stämd eftersom en annan forskare i New Mexico hade tagit copyright och sålde ASI-intervjun i sitt eget namn.

⁴ Uppgifterna är hämtade från en intervju med Tom McLellan, som genomfördes vid hans besök i Stockholm 30/11 2001.

Eftersom olika versioner försvårar jämförelser påbörjades ett samordningsarbete, vilket resulterade i att ASI-intervjun kom att anpassas till europeiska förhållanden, EuropASI.⁵

Elva europeiska länder, däribland Sverige, deltog i arbetet med EuropASI, som första gången presenterades i Hamburg 1993.⁶

Den gemensamma europeiska versionen kom inte till utan svårigheter. Vissa frågor i den amerikanska versionen ansågs inte lämpliga eller relevanta för europeiska förhållanden. Det ansågs t.ex inte passande att fråga klienter hur mycket pengar de får från olika källor. Frågan ändrades så att klienten endast ombads uppge från vilken källa pengar kom. Andra frågor gick inte att översätta ordagrant på grund av skillnader mellan Europa och USA och mellan olika länder inom Europa. Exempelvis varierar organisationen av det sociala systemet i olika länder liksom även behandlingsorganisationen.

ASI i Sverige

Den första svenska nationella versionen av ASI-intervjun gavs ut 1996 av Centrum för utvärdering av socialt arbete, CUS. Denna version, som var baserad på den femte upplagan av ASI-intervjun, kom till genom ett samarbete mellan några ledande experter inom missbruksområdet.⁷ 1998 reviderades den och anpassades då till EuropASI. Titeln på den nuvarande versionen är ”ASI – en strukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem”. Förutom den svenska versionen av grund- och uppföljningsintervjun innehåller den anvisningar för användare, den s.k. ASI-manualen. Hittills har den distribuerats i mer än 3000 exemplar och finns även tillgänglig i fulltext på internet.

⁵ Christina Hartgers från Holland och Anna Kokkevi från Grekland började. Efterhand kom fler personer in i arbetet och en arbetsgrupp för EuropASI startades med stöd från EU-projektet COST-A6. Gruppen utökades med Enrico Tempesta och Gino Pozzi från Italien, Ambros Uchtenhagen från Schweiz, Eva-Maria Fahrner från Tyskland och Peter Blanken från Holland.

⁶ Manualen till EuropASI och det slutgiltiga formuläret publicerades av COST A6 i Augusti 1994. EuropASI används i de flesta Europeiska länder.

⁷ Gruppen bestod av docent Sven Andréasson, professor Bengt-Åke Armelius, professor Mats Berglund, professor Hans Bergman och professor Karin Tengvald, direktör för Centrum för utvärdering av socialt arbete, CUS.

En nationell ASI-grupp har bildats med syftet att värna ASI-intervjuns vetenskapliga standard och ASI-utbildningens kvalitet samt stödja utvecklingen och den fortsatta implementeringen inom olika verksamhetsområden. I gruppen ingår ledande missbruksexperter, utbildare och representanter för Beroendecentrum, IMS, Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (f.d. CUS), Socialstyrelsen, Kriminalvårdsstyrelsen och SiS, Statens institutionsstyrelse. IMS har ansvar för samordningen av detta arbete. Det ingår även i IMS uppdrag att sprida information till de enheter inom socialtjänsten som vill använda intervjun.

I Sverige har ASI-intervjun i första hand kompletterats genom utveckling av nya moduler. I det s.k. ASI-X formuläret finns tilläggsfrågor om familj och barn. Det finns även en tilläggsmodul för brott och spelberoende. ASI-intervjun ligger till grund för Kriminalvårdsstyrelsens dokumentationssystem ASI och MAPS.⁸ ASI-frågor ingår även i dokumentationssystemet, DOK⁹, som används vid Statens institutionsstyrelses, SiS, samtliga institutioner och vid frivilligt anslutna behandlingshem. Dessutom finns ungdomsversioner, som konstruerats med ASI-strukturen som grund.

I samband med att den första svenska officiella versionen publicerades 1996 började ASI-intervjun etableras i Sverige. Tidigare hade intervjun endast använts för utvärdering och forskning och var mindre känd bland praktiskt yrkesverksamma. Genom olika forskningsprojekt kom emellertid många yrkesverksamma i svenska välfärdstjänstsektorer, som t.ex. socialtjänst, kriminalvård, hälso- och sjukvård, i kontakt med ASI-intervjun och deras intresse påskyndade utvecklingen. Antalet ASI-utbildade uppskattas idag till flera tusen och intresset är stort inom missbrukar- och beroendevård. Inom kriminalvården används ASI-intervjun för dokumentation och uppföljning inom verksamheter över hela landet.

⁸ MAPS står för Monitoring Area and Phase System och är en metodik för klient- och enhetsbeskrivning som innehåller tre intervjuformulär för klienter (MAPS-in, MAPS-ut och MAPS-upp) samt ett Institutionsformulär (MAPS-enhet). MAPS är ett naturligt komplement till metoder som ASI-intervjun och EuroADAD och kan användas för att strukturera och bättre tillvarata information av vikt för klientens behandling.

⁹ DOK (Dokumentation och utvärdering inom missbrukarvården) är ett system eller nätverk av behandlingsenheter med syftet att verka för självutvärdering och kunskapsutveckling.

Under relativt kort tid har ASI således kommit att bli ett praktiskt användbart verktyg för socialarbetare, behandlare, läkare, sjuksköterskor, psykologer och kriminalvårdare (Tengvald m.fl., 2004).

ASI-intervjun – några kännetecknande drag

Speciella omständigheter formade ASI-intervjun till vad den är idag. Här kommer vi att beskriva några utmärkande drag och vi utgår då från den officiella svenska versionen av ASI-intervjun (Andreasson m.fl., 2003).

Två varianter av ASI-intervjun

Det vi hittills har kallat för ASI-intervjun är egentligen inte en intervju utan två, en grundintervju och en uppföljningsintervju. Grundintervjun består av drygt 180 frågor och tar upp klientens tidigare liv och aktuella förhållanden. Uppföljningsintervjuns cirka 150 frågor koncentreras kring klientens aktuella förhållanden.

Såväl grundintervjun som uppföljningsintervjun innehåller huvudsakligen fasta frågor med givna svarsalternativ, s.k. strukturerade frågor, men det finns även några få frågor med öppna svarsalternativ. Trots att uppföljningsintervjun innehåller färre frågor har den samma upplägg som grundintervjun och genomförs på samma sätt. Bortsett från att den inte innehåller frågor om klientens tidigare erfarenheter finns det få skillnader.

Sju livsområden

Både grund- och uppföljningsintervjun innehåller frågor som spänner över flera olika livsområden, alla med relevans för klienter som har problem som är relaterade till missbruk. Förutom frågor om alkohol- och narkotikamissbruk finns även frågor om arbete och försörjning, familj och umgänge, brott och kriminalitet samt fysisk och psykisk hälsa. Varje sådant område innehåller ett antal frågor som är relevanta för klienter i missbrukarvård, beroendevård, kriminalvård, behandling och rehabilitering. Dessutom finns frågor om förekomsten av missbruk och psykiska problem i slakten. Intervjun innehåller således ett brett spektrum av frågor, som tillsammans ger en någorlunda allsidig belysning av klientens situation och hjälpbehov.

Intervjun har disponerats så att efter de inledande administrativa frågorna och några frågor om klientens ålder, kön, bostadsort, med mera, följer frågor som rör vart och ett av livsområdena. Livsområdena följer sedan i ”svårighetsgrad”. De minst känsliga områdena, fysisk hälsa och arbete, inleder intervjun och de mer känsliga, familj och psykisk hälsa, avslutar intervjun. Däremellan finns alkohol, narkotika och kriminalitet/asocialitet.

För varje livsområde finns frågor om både faktiska sakförhållanden och klientens subjektiva bedömningar av problem och behov av hjälp. Dessutom finns intervjuarskattningar, dvs. intervjuarens bedömningar av klientens problem inom varje område. Intervjuarens bedömningar görs enligt en metod som är noggrant beskriven i manualen (Andréasson m.fl., 2003).

När intervjuvaren sammanställs ger den samlade informationen en helhetsbild av klientens situation, men under intervjun är det viktigt att skilja de olika områdena åt. Med tanke på att klientens problembild ofta är komplex är det lätt att blanda samman problem som hör till olika områden. Det är t.ex. svårt att skilja missbruksproblem från problem som rör psykisk hälsa. Det är då en fördel, både för intervjuare och klient, att uppmärksamma ett område i taget. Den klara åtskillnaden mellan olika livsområdena gör det lättare att få en uppfattning om klientens hela problembild och om vilka behov som bör prioriteras.

Neutrala och sakliga frågor

För vart och ett av livsområdena rör frågorna om sakförhållanden dels klientens förhållanden tidigare i livet, dels klientens nuvarande situation. Frågorna i grundintervjun omfattar olika tidsperioder. Vissa avser att ge ett längre tidsperspektiv och omfattar erfarenheter under hela livstiden, andra frågor går bara tre år tillbaka. Ytterligare andra vill fånga klientens situation här och nu och sträcker sig endast 30 dagar tillbaka. En skillnad mellan grund- och uppföljningsintervjun är att den senare saknar frågor med det längsta tidsperspektivet. Uppföljningsintervjun innehåller således samma frågor som grundintervjun, med undantag av frågorna om klientens erfarenheter tidigare i livet. Detta gör den betydligt mindre omfattande.

De frågor som går längre tillbaka ger inte enbart en bild av klientens tidigare erfarenheter utan kan även förutsäga risken för framtida problem. Frågorna om aktuella förhållanden är inriktade på sakförhål-

landen, handlingssätt och beteenden – dvs. sådana förhållanden som är möjliga att förändra – och inte på klientens personliga egenskaper.

Varje livsområde avslutas med frågor om klientens egen uppfattning om problemet och hjälpbehovet. Utifrån den aktuella situationen inom livsområdet uppmanas klienten att dels bedöma hur stort *problemet* är, dels bedöma hur stort *hjälpbehovet* är, på en skala från 0 till 4. Siffran 0 anger ”inget problem” och siffran 4 ”mycket stort problem”.

I en strukturerad intervju är det viktigt att uppgifterna får en likvärdig standard, oberoende av intervjuare och intervjuad. Det är därför viktigt att frågorna har en neutral form. Det har ASI-intervjuns frågor, som är formulerade på ett konkret och sakligt sätt.

Exempel:

Hur många gånger har du legat på sjukhus för fysiska hälsoproblem?

Hur skattar du ditt hjälpbehov avseende alkoholanvändning på denna femgradiga skala?

För varje livsområde bedömer även intervjuaren klientens problem och behov av hjälp. Intervjuarskattningen skiljer sig från klientens genom att såväl klientens tidigare erfarenheter som dennes aktuella problem och hjälpbehov beaktas vid bedömningen.

När en ASI-intervju genomförs dokumenteras samtidigt klientuppgifterna, som kan användas som ett bedömningsunderlag. Vid bedömningen bestämmer man först till vilket område problemen hör genom att intervjuaren identifierar det område där klienten löper störst risk att få problem. Man söker således inte efter det område där orsaken till problem finns utan efter det område där *behovet av hjälp* finns. Om en klient behöver medicinsk vård hör problemet hemma inom området ”fysiska problem”. Har klienten psykiatriska problem hör hans/hennes problem hemma inom psykisk hälsa.

En personlig intervju

ASI-intervjun bör i första hand genomföras vid ett personligt möte med klienten. Uppföljningsintervjun, som innehåller färre frågor, kan i undantagsfall genomföras per telefon. För en van intervjuare brukar grundintervjun ta 45 till 70 minuter och uppföljningsintervjun cirka 30 minuter.

Även om ASI-intervjun innehåller frågor med exakt ordalydelse, behöver frågorna inte nödvändigtvis formuleras exakt. För intervjuaren är det viktigare att försäkra sig om att den intervjuade förstår intervjuens syfte och intentionen bakom varje enskild fråga. Detta kräver att intervjuaren är väl förtrogen med intervjun och de enskilda frågornas syfte och att han/hon kan formulera frågorna så att även klienten förstår dem. När både intervjuare och klient förstår frågorna så som avsetts, kommer svaren att uppfylla den standard som krävs för att man senare skall kunna jämföra ASI-information från olika intervjuer.

De strukturerade frågorna i ASI-intervjun är ett stöd för intervjuaren. De utgör en garanti för att vissa frågor inte glöms eller väljs bort, och därmed minskar risken för att viktig information utelämnas. Intervjuarens egna förutfattade meningar eller ideologiskt/teoretiskt färgade förklaringsmodeller tillåts inte heller selektera urvalet av frågor. De strukturerade frågorna stödjer således intervjuarens neutralitet och saklighet.

Strukturerade frågor utesluter dock inte behovet av ett gott samarbetsklimat. Intervjuaren bör förhålla sig neutral samtidigt som hon/han förmedlar empati. Intervjuaren bör inte värdera eller bedöma den information som klienten lämnar under intervjun, utan bör koncentrera sig på att lyssna och aktivt uppmuntra klienten att minnas och redogöra för de olika förhållanden som efterfrågas. Intervjuaren kan hjälpa klienten att ge så korrekta svar som möjligt genom att be om konkreta beskrivningar, ställa frågor om *vad* och *hur* och be om klargöranden. Både när det gäller frågor om sakförhållanden och egna bedömningar är det viktigt att svaren, så långt som möjligt, ger *klientens* beskrivningar och uppfattningar.

ASI-intervjun bör genomföras under tydliga former, vilket underlättar för både intervjuaren och klienten. Redan före intervjun skall klienten få information om intervjuens syfte och huvudinnehåll, om frågornas omfattning och om tidsåtgång. Inför ett nytt intervjutillfälle bör formulär och andra hjälpmedel finnas tillgängliga. Tider bör respekteras och möjliga störningsmoment bör elimineras. Strax före intervjun skall klienten än en gång få information om den förestående intervjun. Klienten bör dessutom informeras om att vissa frågor kan upplevas som känsliga och att det är möjligt, både att avstå från intervjun i sin helhet och att lämna vissa frågor obesvarade. Inför varje övergång till ett nytt livsområde bör klienten ges en introduktion.

Eftersamtalet och uppföljningsintervjun förbereds på samma sätt vid något lämpligt tillfälle.

När en intervjuare följer vissa arbetsformer etableras rutiner som fungerar ungefär som checklistor. Det skapar en god samtalsmiljö och är en trygghet för klienten. Även om arbetsformerna till att börja med kan upplevas som främmande och ovana, visar erfarenheterna att de snart blir rutiner som förenklar och förtydligar den professionella rollen. Det gör uppdragets karaktär och innehåll tydligare och sätter samtidigt gränser för uppdraget.

Klientens perspektiv

I ASI-intervjun blir klienten delaktig och får komma till tals, bl.a. genom den s.k. klientskattningen. Därigenom blir klientens egen uppfattning tydlig och man undviker en hopblandning av klientens och intervjuarens bedömning.

Även om intervjuns syfte i första hand är att göra en kartläggning av klientens situation och inte att påverka klienten, bör man ändå vara beredd på att klienten blir emotionellt berörd. Intervjun kan leda till nya insikter, som i sin tur kan sätta igång motivations-, bearbetnings- och förändringsprocesser.

Under det fortsatta arbetet är klienten inte bara uppgiftslämnare utan deltar också som en aktiv part. När de uppgifter som kommit fram i ASI-intervjun sammanställts kan de redovisas för klienten på ett öppet och lättillgängligt sätt. Klienten kan då korrigera, förtydliga och lägga till, vilket har ett värde i sig. Genom redovisningen får klienten dessutom en klar uppfattning om vad som ligger till grund för bedömningar och beslut.

Professionellas perspektiv

Den som inte tidigare har erfarenhet av en strukturerad intervju kan inledningsvis uppleva vissa svårigheter, som dock minskar efterhand. En studie av ASI-utbildade anställda i socialtjänsten som genomfördes våren 2001, visar på positiva erfarenheter. Av 109 socialarbetare med egen erfarenhet av ASI-intervjuer var sammanlagt 75 procent helt eller huvudsakligen positiva (61 procent helt positiva, 14 procent huvudsakl. positiva) till ASI-intervjun, medan 18 procent var tveksamma och två procent negativa. Fem personer svarade inte. Nästan fyra av fem socialarbetare med egen erfarenhet

av ASI-intervjun var alltså positiva, medan en av fem var tveksam eller negativ. En majoritet av socialarbetarna, 62 procent, upplevde att ASI-intervjun hade påverkat klientarbetet positivt, medan 28 procent ansåg att ASI-intervjun inte alls hade påverkat arbetet. Ingen ansåg att ASI-intervjun hade påverkat arbetet ensidigt negativt. Den allmänna inställningen bland socialarbetare med egen erfarenhet av ASI-intervjun är således att den har en positiv påverkan på klientarbetet och inte innebär något negativt (Engström och Nyström 2002, Markels Ängeby 2004).

Etiska aspekter

ASI-intervjun möts, i likhet med andra liknande strukturerade intervjuer, ibland av reaktioner och invändningar av etisk karaktär. Dessa invändningar gäller ofta frågorna. Skall man verkligen ställa alla dessa frågor till alla klienter, frågor som ibland är känsliga och som inte alltid har omedelbar relevans för den aktuella klienten? Invändningarna gäller även mätmetoden som sådan.

Vårt svar är att en viktig poäng med en strukturerad intervju är att samtliga frågor ställs till samtliga klienter. Genom frågorna söker man upp och ringar in det som har relevans för ett kommande beslut. Från ett etiskt perspektiv är det därför ett sämre alternativ att låta bli att ställa frågor som är viktiga för klientens situation och därmed för bedömning och beslut. Risken att fatta beslut som missgynnar klienten ökar dessutom med ett sämre beslutsunderlag.

Det är riktigt att vissa av de uppgifter som samlas in inte kommer att behövas vid bedömningen av varje enskild klients behov. Det gäller i alla samtal och intervjuer att viss information blir överflödigt, men i den standardiserade intervjun blir problemet mer förutsägbart. Sådan information kan dock på längre sikt få betydelse för flertalet klienter i de fall uppgifterna används för att förbättra insatserna.

En vanlig invändning är att vissa frågor väcker förväntningar som inte kan infrias p.g.a. resursbrist. Vår mening är att om man inte ställer frågorna förutsättningslöst, fråntar man sig möjligheten att förändra insatserna så att de bättre passar klienterna. Det vore synd att inte använda klienternas behov som argument för att skaffa de nödvändiga resurserna. Med ett alltför smalt frågoperspektiv finns dessutom risken att man vid bedömningen utesluter insatser utanför det egna verksamhetsområdet.

Risker

Man bör dock vara uppmärksam på risken för felaktig användning av ASI-intervjun. Eftersom ASI-informationen presenteras i kategorier och siffror finns det en risk att informationen tas ur sitt sammanhang och används mekaniskt och instrumentellt, utan en tanke på klientens situation. En strukturerad intervju som ASI-intervjun ställer högre krav på professionellt genomförande, eftersom konsekvenserna kan bli allvarligare för klienten än vid exempelvis en illa genomförd, öppen och mer fri intervju. En strukturerad intervju bör därför inte användas av personer som saknar de organisatoriska eller kunskapsmässiga förutsättningarna, eller som inte förstår eller förmår genomföra intervjun och bedöma resultatet på det föreskrivna sättet.

Klienternas egen uppfattning

Det har funnits en oro över att klienterna inte skulle acceptera strukturerade intervjuer. Detta motsägs dock av de studier som finns. Engström och Armelius (2002) har undersökt klienternas acceptans, dels för ASI-intervjun specifikt, dels för standardiserade metoder generellt. Forskarna intresserade sig bl. a. för hur klienterna upplevde ASI-intervjun, om de tyckte att intervjun påverkade relationen till socialarbetaren och om de kände sig kränkta.¹⁰ Resultatet visar att klienternas allmänna intryck var mycket positivt. Endast fem procent uppfattade intervjun som negativ, medan 95 procent ansåg att den antingen var neutral (15 procent) eller positiv (85 procent).

¹⁰ Studien genomfördes i samband med att fyra grupper av socialarbetare deltog i en utbildning om ASI-intervjun. Varje socialarbetare valde ut en klient med alkohol- eller drogproblem för en ASI-intervju. Vid intervjuens slut besvarade klienten en enkät med frågor om hur han/hon hade uppfattat intervjun och socialtjänsten. Totalt intervjuades 80 klienter och 95 procent (76 pers.) besvarade enkäten. Klientgruppen var i genomsnitt 40 år och 31 procent var kvinnor. Endast 18 procent hade en inkomst av anställning och 35 procent levde på socialbidrag. Cirka 70 procent hade tidigare fått behandling för alkoholproblem och 36 procent för andra drogproblem.

Även relationen till socialarbetaren uppfattades som positiv. Endast en av 76 klienter ansåg att ASI-intervjun påverkade relationen till socialarbetaren negativt, medan 61 procent tyckte att relationen påverkades positivt. Bara en av de 76 klienterna ansåg att förtroendet för socialtjänsten påverkades negativt. 61 procent menade att förtroendet var oförändrat och 39 procent ansåg att deras förtroende påverkades positivt.

Studien ger inga belegg för att intervjun skulle skada relationen eller förtroendet för socialtjänsten, vilket vissa kritiker hävdar.

Kapitel 2

ASI-intervjun i planerings- och utvecklingsarbetet

Resultat som utgångspunkt

Varje verksamhet som har siktet inställt på att bättre motsvara klienternas behov, behöver information om klienterna, om klienternas förbättring och om insatsernas betydelse för klienterna. Dessutom behöver man mått som visar om arbetet är framgångsrikt. Information som utgår från klienterna, ger kunskap som verksamheter och yrkesverksamma har stor nytta av i förändrings- och utvecklingsarbetet.

Kunskapen är emellertid svårfångad eftersom det handlar om komplexa mänskliga och sociala sammanhang. I denna svårtillgängliga terräng fungerar relevanta *beskrivningar av klientgrupper* både som karta och kompass. Beskrivningar av klienternas situation och utveckling ger nämligen lättillgänglig, överblickbar och tydlig information. De pekar samtidigt ut en riktning för förändrings- och utvecklingsarbetet, vilket underlättar verksamhetens vägval och beslut. Sådana beskrivningar av klientgrupper utgör grunden för det klient- och resultatinriktade arbetssätt som här kommer att behandlas.

I några viktiga avseenden skiljer sig detta arbetssätt från det vanliga. Skillnaden består i att arbetet utgår från beskrivningar av klientgruppers behov och utveckling och att denna kunskap får vägleda verksamhetsutvecklings- och förbättringsarbetet. I detta kapitel kommer vi att visa hur ASI-intervjuns uppgifter ger ett underlag för verksamhetens arbete. Frågorna om klienters behov, klienternas förbättring och insatsens betydelse kommer att tas upp i separata avsnitt.

Klientgruppers behov

I varje verksamhet finns ambitionen att erbjuda klienterna insatser som motsvarar deras behov. Att ha kunskap om dessa behov är därför viktigt för chefer och andra ansvariga. Men vilka behov klienterna har, riskerar att förbli en obesvarad fråga så länge en verksamhet saknar relevant och tillförlitlig information om klienterna. Gruppbeskrivningar som är baserade på ASI-intervjuer med enskilda klienter, genererar dock kunskap om klienternas behov som kan ge vägledning vid planering av insatser.

Det finns flera olika sätt att beskriva klientgrupper. En av de två typer som kommer att presenteras här är tvärsnittsbeskrivningar. Ett *tvärsnitt* innebär att en klientgrupp beskrivs vid *en viss given tidpunkt* i klientarbetsprocessen. Om exempelvis alla klienter har intervjuats i samband med den första kontakten med en enhet och dessa uppgifter sedan sammanställs, ger de en beskrivning av klienternas situation då de kontaktar enheten – i detta fall en tvärsnittsbeskrivning av hela målgruppen vid första kontakten. Den andra typen av gruppbeskrivningar, *längdsnitt*, återkommer vi till längre fram i detta kapitel.

Tvärsnittsbeskrivningar av klientgrupper

Ett tvärsnitt tecknar en profil av klientgruppen vid en viss tidpunkt. Som tidigare nämnts tillhandahåller ASI-intervjun olika slag av information och tvärsnitt kan baseras på en eller flera olika uppgifter. Dels finns det basuppgifter i form av *demografisk information*, t.ex. ålder, kön, etnicitet och information om klienters *sociala förhållanden* som bostad, civilstånd m.m. Dessa basuppgifter ger en bild av klientgruppens bakgrund. Dels finns det *livsområdesspecifik information*, uppgifter om klienternas erfarenheter och problem tidigare i livet och om klienternas aktuella situation för varje område. Sammanställer man basuppgifter och specifik information ger det en bild av klientgruppens bakgrund, tidigare erfarenheter och nuvarande situation inom vart och ett av livsområdena. Sätts denna information sedan i relation till vad verksamheten erbjuder i form av insatser, blir dessa beskrivningar kunskap av värde för en verksamhet. De visar om – och hur väl – utbudet av insatser passar klientgruppens behov.

Med hjälp av några exempel skall vi visa vad ett tvärsnitt är och kan användas till. Som våra exempel kommer att visa, blir informationen

överskådlig och lättillgänglig när den presenteras i form av tabeller eller diagram.

Uppgifterna i det första exemplet har hämtats från en fristående kommunövergripande resursenhet i en medelsstor svensk kommun 2002. Enheten vänder sig både till kommunens missbruksenheter, frivården och allmänheten. Förutom medicinsk rådgivning och behandling, provtagning, medicinering och alkoholmetertestning, arbetar enheten bl.a. med olika former av psykoterapeutiska insatser för enskilda missbrukare och familjer.

En första bild av klientgruppen får man genom att sammanställa några uppgifter från ASI-intervjun. Hälften av de klienter som intervjuats har tagit kontakt på eget initiativ. Ungefär en tredjedel är s.k. körkortsärenden, en mindre andel, sex procent, har anvisats genom socialtjänsten och sex procent har kommit på initiativ av en anhörig. Av de 52 klienterna är 39 män och 13 kvinnor. Medelåldern är 42 år och i gruppen finns 20 procent gifta, 40 procent skilda och 37 procent ogifta. Nästan en tredjedel (27 procent), tillbringar fritiden ensam och tio procent umgås med vänner som har missbruksproblem. 75 procent av klientgruppen har svensk härkomst. De flesta bor i egen lägenhet, 55 procent har egen anställning och 35 procent har någon annan form av anställning. En stor del av gruppen, 62 procent, har någon gång i livet haft en allvarlig depression och allvarlig ångest, 35 procent har svårt att kontrollera våldsamt beteende (von Otter, 2002). Bilden av klientgruppen är relativt positiv vad gäller förankringen på arbets- och bostadsmarknaderna, men mindre positiv när det gäller familj och umgänge samt psykisk hälsa.

Hur klienterna själva uppfattar sina aktuella problem visar de två diagrammen nästa sida, som illustrerar antalet problemdagar i genomsnitt och klienternas skattningar.

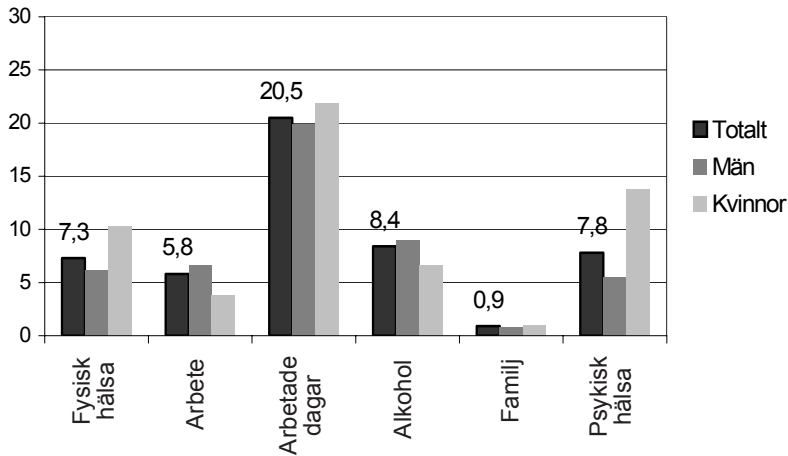


Fig. 2:1 Antalet problemdagar inom olika livsområden och antalet arbetade dagar, beräknade som medelvärden för hela gruppen samt för män respektive kvinnor.

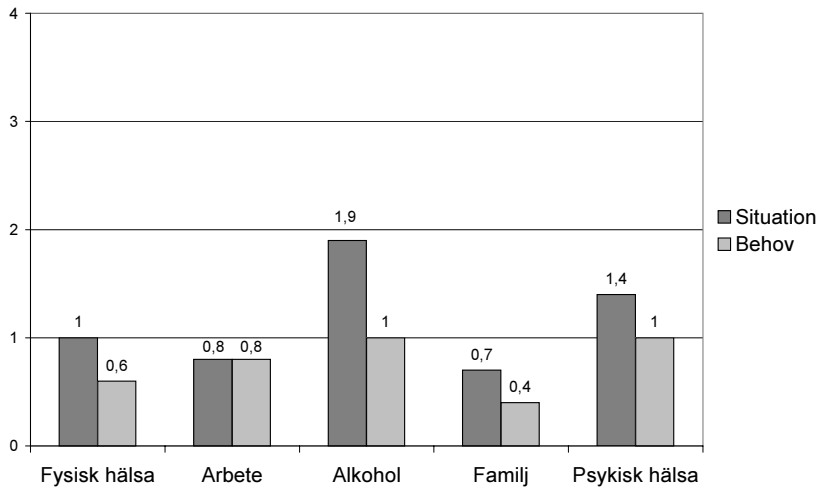


Fig. 2:2 Klientgruppens skattningar av problem och hjälpbehov vid resursenheten

Förklaring: I diagrammen anges medelvärden, dvs. samtliga klienters värden har summerats och därefter har summan dividerats med antalet klienter. För både narkotika och kriminalitet är värdena 0. Dessa två områden har inte tagits med i diagrammet av utrymmesskäl.

I det övre diagrammet har klienternas svar på 30-dagarsfrågorna inom varje livsområde sammanställts. Medelvärdena har beräknats för hela gruppen och för gruppen män respektive kvinnor. För området arbete och försörjning har även antalet dagar i arbete tagits med. Som framgår har enhetens klientgrupp det högsta medelvärdet för problemdagar inom områdena alkohol. Inom områdena narkotika, familj och umgänge och kriminalitet/asocialitet är genomsnittsvärdet för antalet problemdagar lägre. Siffrorna ger en problemprofil som visar inom vilka områden klienterna upplever problemen som störst.

I det nedre diagrammet finner vi medelvärden för klienternas egna skattningar av problem och hjälpbehov. Problemen med familj och umgänge framgår ännu tydligare än de gör av svaren på 30-dagarsfrågorna, men i övrigt pekar klientens skattningar i samma riktning som dessa. Anmärkningsvärt är också att *problemsituationen* skattas betydligt högre än *hjälpbehovet* för samtliga områden utom för området arbete. Detta kan tyda på att många klienter är inställda på att klara sina problem själva.

Det finns ofta skäl att undersöka klientgruppen ytterligare. Olika grupper av klienter har olika behov, beroende på bakgrund och social situation. Delar man upp gruppen i kvinnor och män, gifta och ensamstående samt efter ålder, blir skillnaderna mellan olika klientgrupper tydligare. Här har vi valt att för antalet problemdagar dela klientgruppen efter kön. Som framgår av det övre diagrammet finns det skillnader: kvinnorna anger i genomsnitt fler problemdagar för fysisk och psykisk hälsa än män, men något färre dagar för alkohol.

Klientgruppen har som synes arbetat i hög utsträckning, vilket inte är ovanligt beträffande klienter i öppenvård. Dessa har ofta sökt hjälp på eget initiativ. I denna grupp finns också en stor andel klienter som anvisats p.g.a. rattfylleriförseelser och mot den bakgrunden förvånar kanske det låga medelvärdet för problemdagar inom området alkohol. Här bör man komma ihåg att frågorna avser de senaste 30 dagarna. En nyligen avtjänad påföljd kan vara förklaringen till den låga alkoholförbrukningen och kan även påverka klientens upplevelse av problem som är förknippade med alkohol.

Förutom området alkohol, har psykisk och fysisk hälsa det högsta medelvärdet för antalet problemdagar. Särskilt kvinnorna har aktuella problem med sin psykiska hälsa.

Eftersom enheten är inriktad på psykoterapeutiska arbetsmetoder, är den väl rustad för att hjälpa denna grupp. Inom områdena narkotika, familj och umgänge samt kriminalitet/asocialitet, är genomsnittsvärdet för antalet problemdagar lägre. Värt att notera är att ingen av enhetens klienter anger att de har problem med kriminalitet, trots att verksamheten är en resurs för frivården. Om förklaringen till detta är att frivården inte använder sig av resursen, bör det föranleda en diskussion om hur olika avnämare utnyttjar enheten. En annan tänkbar förklaring är att frivårds-klienter, som har begått trafikförseelser, inte upplever sig ha några problem med kriminalitet.

Denna typ av information, som visar klientgruppens erfarenhet, nuvarande situation och behov utgör en utgångspunkt när en verksamhet väljer inriktning, vilken typ av insats eller kompetens som klientgruppen behöver. På grundval av denna information skulle resursenheten i exemplet ovan, förutom insatser för alkoholmissbruk, kunna överväga insatser som befrämjar den psykiska och fysiska hälsan, familje- eller arbets-situationen. Underlaget aktualiserar även andra frågor, t.ex. om resurserna bör sökas inom eller utanför den egna verksamheten, om specialistkompetens är nödvändig och om samarbete med andra aktörer, t.ex. psykiatri eller arbetsrehabilitering, bör komma ifråga.

När *insatserna innehåll* sedan planeras mer i detalj, behövs ytterligare information om problemens art och grad. Då kan t.ex. uppgifter om alkoholkonsumtion, intensitet, mängd, varaktighet, injektioner och tider av uppehåll ge upplysningar av värde. Det gäller även uppgifter om arten av psykiska besvär, förekomsten av familjekonflikter, ensamhet, självmordsförsök, övergrepp m.m.

Många insatser riktar sig till en speciell målgrupp och det är därför värdefullt att veta vilka klienter som tar del av vilka insatser. Ett exempel på en sådan sammanställning är tabellen nedan.

Tabell 2:1

	LVM		Socialtjänst		Enskilda behandlings- hem		Behandling psykotiska sjukdomar		Behandling psykiska störningar		Totalt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alkohol	18	45	32	74	9	30	5	8	1	2	65	30
Blandmissbruk	7	18	7	16	9	30	2	3	4	9	29	13
Droger	15	38	2	5	9	30	5	8	6	13	37	17
Inget problem	0	0	1	5	3	10	48	80	35	76	88	40
	40	100	43	100	30	100	60	100	46	100	100	100

Förklaring: Siffrorna är hämtade från en studie från institutionen för psykologi i Umeå, vars syfte var att jämföra klienter i LVM-insatser med klienter i andra insatser. LVM-gruppen vårdades vid två enheter för missbruk enligt lagen om tvångsvård för missbrukare. Socialtjänstgruppen består av ett representativt urval av klienter som har regelbunden kontakt med socialsekreterare. Gruppen i enskilda behandlingshem vårdas på enheter som har specialiserat sig på missbrukare med psykiska störningar och har psykoterapeutisk inriktning. De två grupperna med psykiatrisk problematik vårdas på mindre behandlingshem, den ena för psykotiska sjukdomar som schizofreni och andra psykoser och den andra för psykiska störningar (Larsson och Armelius, odat).

Granskar man de kolumner som anger procentandelar finner man stora skillnader i gruppernas missbruksmönster. LVM-gruppen använder både alkohol och droger. I socialtjänstgruppen missbrukar klienterna huvudsakligen alkohol, men en mindre andel blandar med droger. Klienterna på de enskilda behandlingshemmen har både alkohol- och drogproblem. I psykosgruppen och psykiatrigruppen har de flesta inget missbruksproblem och endast en mindre andel missbrukar alkohol och droger. Siffrorna ger en tydlig bild av hur missbruksmönstret skiljer sig i de olika grupperna.

En skillnad i missbruksmönster är att socialtjänstclienterna till övervägande del har alkoholproblem, medan LVM-gruppen och de i enskild behandling även har drogproblem. Att det i de två psykiatriska behandlingarna finns klienter utan missbruksproblem medan LVM-vårdens samtliga klienter har missbruksproblem, är inte förvånande. Däremot kan det förvåna att de enskilda behandlingshemmen har ett fåtal klienter utan missbruksproblem. Sannolikt finns det i hela klientgruppen

även andra problem, som bör undersökas närmare. Kanske finner man då att en grupp har arbetsproblem i större omfattning än de andra. Sådan information kan ge en anvisning om vilken typ av behandling som klientgruppen har behov av.

Om man på detta sätt sammanställer uppgifter om de klienter som anvisats till olika typer av insatser får man en uppfattning om *vilka* klienter som anvisas. Uppgifterna om dominerande drog visar klienternas missbruksmönster, men även andra uppgifter, som t.ex. aktuella problem eller tidigare erfarenhet av alkohol- eller droganvändning, kan vara av intresse. Man kan då, som i exemplet ovan, studera skillnader och likheter mellan grupper som deltagit i olika typer av insatser och behandlingar, interna likaväl som externa. Jämförelsen visar vad som utmärker grupper i olika insatser och hur klientgrupperna skiljer sig från varandra. Informationen är till ledning när man söker svar på frågan om en viss behandling motsvarar en viss klientgrupps behov. Om så inte är fallet bör det leda till att man antingen ser över remitteringsförfarandet eller reviderar insatsens innehåll.

Exemplet Norrmalm

Ett exempel som hämtats från Norrmalms stadsdelsförvaltning i Stockholm ger en uppfattning om vad klientbeskrivningar kan tillföra verksamheten. Detta exempel visar bättre än de tidigare exemplen att informationen endast kan förstås utifrån de speciella förhållanden som råder i en verksamhet.

För att få en bild av klienternas problem sammanställde missbruksenheten vid Norrmalms stadsdelsförvaltning information om sin klientgrupp. Informationen, som hade inhämtats vid de inledande kontakterna med klienterna, åskådliggörs i figuren nedan.

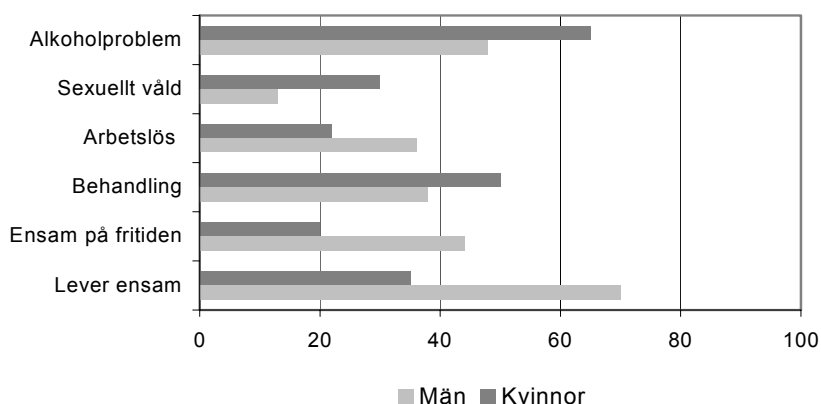


Fig. 2:3 Andelen män respektive kvinnor med olika sociala problem

Förklaring: Antalet klienter i gruppen är 135, varav 95 män (70 procent) och 40 kvinnor (30 procent). Uppgifterna kommer från Norrmalms stadsdelsförvaltning i Stockholm (Ekblom, 2003).

När informationen, uppdelad på kvinnor och män hade sammanställts, framträdde en bild som överraskade avdelningen. Man fann t.ex. att männen utgjorde en större andel än vad man tidigare trott, hela 70 procent av klientgruppen. Männens problematik skilde sig dessutom från kvinnornas i så motto att de levde ensamma i större omfattning och i högre grad tillbringade sin fritid på egen hand. Eftersom man tidigare satsat en förhållandevis större andel av resurserna på kvinnorna, var informationen värdefull. Man fick upp ögonen för männens problem och drog slutsatsen att männens bostadsproblem och sociala nätverk borde ägnas större uppmärksamhet.

Man kunde här reflektera över om specialkompetens var nödvändig eller om samarbetet med t.ex. psykiatrin eller bostadsförmedlingen kunde förbättras. Det kunde också bli aktuellt att i förebyggande syfte uppmärksamma kommunen på den här gruppens bostadsproblem, så att det finns med då man planerar för bostadsbyggande m.m.

Vid bearbetning och tolkning av informationen framkommer den standardiserade intervjuens fördelar. Intervjuer som har genomförts av utbildade intervjuare och enligt anvisningarna ger uppgifter som fyller höga krav på likvärdig standard, neutralitet och relevans. *Standard* står i detta sammanhang för att frågor och svar betyder samma sak för

intervjuare och intervjuad. Uppgifterna får, så långt möjligt, en likartad kvalitet oberoende av vem som intervjuas, vem som intervjuar eller vilken intervju det gäller. ASI-information är således mer *neutral* eftersom den i mindre utsträckning riskerar att färgas av intervjuarnas subjektiva uppfattningar. Det är denna *standard* som gör uppgifterna jämförbara och möjliga att sammanställa och bearbeta. ASI-frågorna är utprovade för klienter med missbruksproblem i behandlingssituationer, varför informationen också har relevans i olika hjälpsituationer och behandlingssammanhang.

Tidsserier

Vissa tendenser blir tydliga först efter en längre tid. Vill man studera mer långsiktiga tendenser bör man följa klienterna över lång tid. Man låter då tvärsnitt bilda tidsserier så att trender blir synliga. Dessa visar en klientgrupps karakteristiska drag vid en och samma tidpunkt i klientarbetsprocessen under flera års tid. Sådana tidsserier kan t.ex. visa hur en enhets målgrupp förändras (t.ex. i fråga om ålder, kön och etnicitet) eller om klienternas problem förändras. Tidsserier förutsätter givetvis att ASI-intervjuer har genomförts regelbundet och kontinuerligt och att intervjuerna omfattar samtliga klienter eller ett representativt urval av de klienter som tagit kontakt med enheten. En tidserie används ungefär på samma sätt som tvärsnitt, men jämförelsen med tidigare år ger ytterligare information. Ju längre tidsserier desto säkrare trender. Informationen presenteras sedan antingen i tabeller eller diagram.

Figuren nedan illustrerar en tidsserie som sträcker sig från 2002 till 2004.

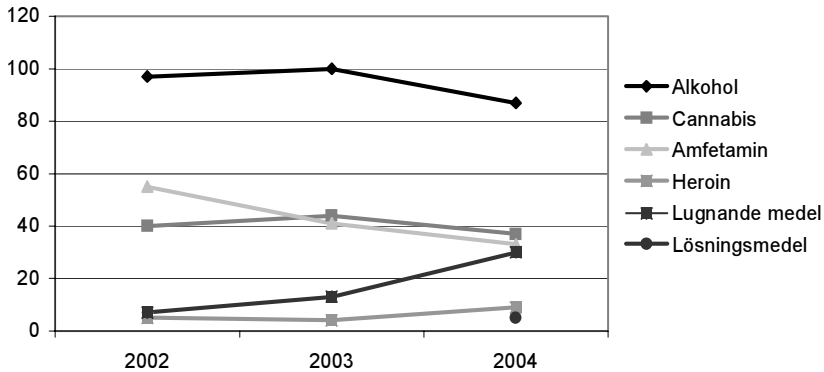


Fig. 2:4 Dominerande medel i en verksamhet. Tidserie 2002-2004

Här har vi sammanställt uppgifter om dominerande medel för samtliga klienter som tog sina första kontakter med en verksamhet mellan 2002 och 2004. Man kan utläsa att antalet klienter med alkoholproblem tenderar att minska, liksom antalet cannabis- och amfetaminmissbrukare, medan andelen heroinmissbrukare ökar något. I detta fall är tidsserien dock kort och förändringarna små, varför tendensen är osäker. En tydligare tendens ser vi i ökningen av antalet klienter som tar lugnande medel. Dessutom dyker lösningssmedel upp som ett dominerande problem bland ett mindre antal klienter och detta kan ge anledning att undersöka vilka grupper som står för ökningen av såväl lugnande medel som lösningssmedel. Man bör också fundera över tänkbara förklaringar och om man bör förändra insatserna.

Om missbruksenheten på Norrmalm i det tidigare exemplet, under ett kommande år upptäcker att andelen män minskar och att deras livssituation har förändrats, finns det anledning att återigen se över vilka insatser som riktar sig till män respektive kvinnor. Finns man då t.ex. att en viss åldersgrupp har börjat missbruka en ny drog, bör det kunna föranleda beslut om nya insatser och en annan resursfördelning.

Planering av insatser

Det finns otaliga möjligheter till klientgruppsbeskrivningar av tvärsnittstyp som kan framställas av ASI-information och vi har endast kunnat visa några få exempel. Framställs dessa tvärsnitt i en överskådlig form, t.ex. i tabeller eller diagram, ger de en bild en klientgrupps karakteristiska drag, dvs. en profil, vid en viss tidpunkt i arbetsprocessen. Denna profil ger information om klientgruppens behov. Stämmer man sedan av klientgruppens behov mot de insatser som verksamheten erbjuder, kan man bedöma om insatserna överensstämmer med klientgruppens behov.

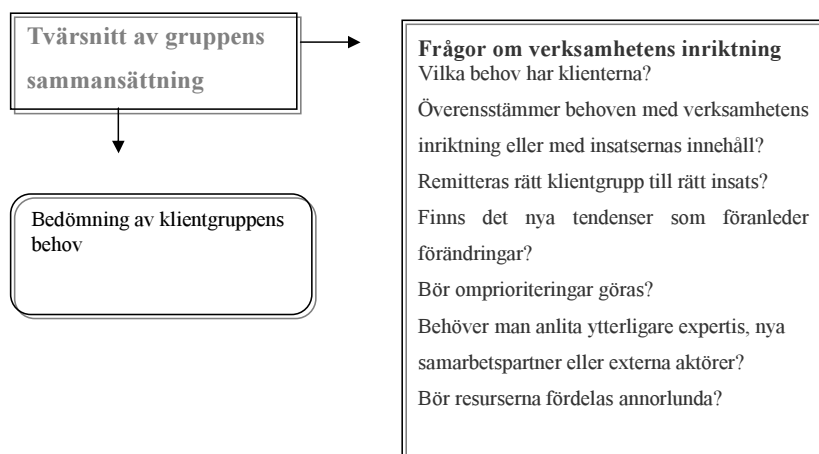


Fig. 2:5 Tvärsnitt vid planeringen av insatser och verksamhet

Om målgruppens profil inte stämmer överens med verksamhetens inriktning, väcker det många frågor, t.ex.: Vänder sig verksamheten eller insatserna till rätt målgrupp, bör man satsa på andra typer av insatser eller förändra de redan befintliga, måste man förstärka verksamheten med annan expertis osv. Resursfördelningen kan ses över så att en mindre andel av klientgruppen inte tar en alltför stor andel av resurserna i anspråk. Denna typ av avvägnings- och prioriteringsfrågor, liksom många andra beslut, underlättas med bättre kunskap om vad som karakteriserar de olika klientgrupperna.

Om grundintervjuer dessutom genomförs regelbundet och *kontinuerligt över tid* ger det ytterligare information. Man kan följa förändringar i klientgruppen över längre tid, i tidsserier. Man ser då om klientgruppens

profil börjar förändras, vilket aktualiserar frågan om även verksamheten behöver förändras. Vad betyder en förändring i förhållande till de insatser som erbjuds klienterna internt eller externt, bör resurserna omprioriteras, bör personalens kompetens förstärkas, bör nya samarbetspartner sökas? Tidsserieanalyser ger således underlag för prioriteringar, planering av insatser och fördelning av resurser. Med regelbundna och kontinuerliga intervjuer som grund, kan en verksamhet bygga upp en egen kunskapsbas, till gagn för en långsiktig utveckling.

Syftet med redovisningen ovan har varit att visa vilken nytta en verksamhet kan ha av gruppbeskrivningar som tvärsnitt och tidsserier. För att inte komplicera framställningen har vi valt att inte beröra de krav som måste vara uppfyllda och vi har heller inte tagit upp de svårigheter och problem som en nybörjare ställs inför. Några saker att tänka på finns i checklistorna på s. 50–52.

Att tänka på när man väljer information

- När intervjuuppgifter från ASI-intervjun skall sammanställas blir första frågan vilken information verksamheten behöver. Till att börja med kan det vara svårt att formulera behoven.
- Några basuppgifter av typen ålder, kön, civilstånd, etnicitet etc., ger en bild av klientgruppens sammansättning.
- Vissa livsområden är av speciellt intresse för verksamheten, t.ex. missbruksfrågor för enheter som arbetar med missbrukare eller missbruksbehandling, eller psykisk hälsa för enheter som arbetar med patienter med dubbeldiagnos. Men tänk även på att information om andra områden har stort intresse. Kombinationer av frågor ger alltid en mer allsidig och nyanserad bild av klienters behov och utveckling. Välj därför flera typer av frågor inom flera områden.
- Två typer av frågor som återfinns inom samtliga ASI-intervjuns livsområden är frågorna om aktuella problem, dvs. de frågor som kallas för 30-dagarsfrågor. De ger en bild av den aktuella situationen. Frågorna om klientens förhållanden tidigare i livet ger en bild av problemens varaktighet. Eftersom tidig start och långvarigt bruk är riskfaktorer av prognostiskt värde, är dessa uppgifter viktiga vid planering av insatser och behandling.

Viktig information för behandlingsbehov utöver 30-dagarsfrågorna är dessutom:

- Fysiska besvär: allvarliga och kroniska sjukdomar.
- Arbete och försörjning: utbildning, anställningsmönster, inkomstkällor.
- Alkohol och droganvändning: riskbruk, stora doser och perioder av intensiv användning, beroendesymptom, dvs. höga doser och frekvent användning samt tider av uppehåll med missbruk, överdoser, förgiftning, antal behandlingar, dagliga kostnader för droger och alkohol.
- Familj och umgänge: levnadsförhållanden och graden av tillfredsställelse med dessa förhållanden, relationer till vänner och nuvarande och tidigare konflikter i nära och andra relationer.
- Psykisk hälsa: behandlingar, tidigare och nuvarande symptom på depression, ångest, förvirring och aggressioner samt självmordsförsök och övergrepp (Gernstein, m.fl., 1990).

Klientgruppens förbättring

I klientarbetet eftersträvar varje professionell yrkesutövare att hjälpa varje enskild person till en bättre situation. Därför är det viktigt att kunna ta reda på om en insats leder till en förbättring, en försämring eller ingen förändring alls för klienten. Sådan information visar om det enskilda klientarbetet är på rätt väg. Detsamma gäller för grupper av klienter. Kunskap om klienternas utveckling är därför av centralt intresse. För att få den kunskapen räcker det emellertid inte med uppgifter om klientgruppen före insats. Man behöver även uppgifter om *samma* klientgrupp efter insats, dvs. ett längdsnitt.

Längdsnittsinformation

Ett *längdsnitt* är en beskrivning av en grups utveckling över tid, baserad på uppgifter från olika tidpunkter, som sammanställs så att skillnaden mellan de olika tidpunkterna blir tydlig. Dessa skillnader visar både om gruppen har förändrats och, om så är fallet, i vilka avseenden en förändring har skett. En förutsättning för att kunna göra sådana jämförelser är att det finns information om *samma klienter*, inhämtade både före och efter en insats, som framgår av figuren nedan.

Lägg märke till skillnaden mellan längdsnitt och tidsserier. Längdsnittet visar *en och samma* klientgrupps utveckling över tid medan man i en tidsserie, vid upprepade tillfällen och vid en viss tid i klientarbetet, kartlägger klientgruppen för att kunna studera utvecklingen. Längdsnitt gäller alltså *samma* klienter och tidsserier gäller *olika* klienter.

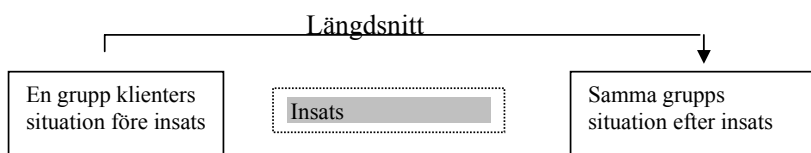


Fig. 2:6 Klienternas situation före respektive efter insats.

Om man har genomfört både grund- och uppföljningsintervjuer med samma klienter kan man följa upp en klientgrupps utveckling och beräkna resultatet. Diagrammet nedan ger en illustration.

Förbättringar kan illustreras på olika sätt. Vi har valt att visa hur klienternas situation vid resursenheten i exemplet ovan har förbättrats med avseende dels på problemdagar, dels på klientens skattningar av problem. Här har vi alltså lagt till information från uppföljningsintervjuer för resursenheten ovan. I figur 2:7 har informationen från figur 2:1 kompletterats med uppföljningsinformation och resultat blev som framgår nedan.

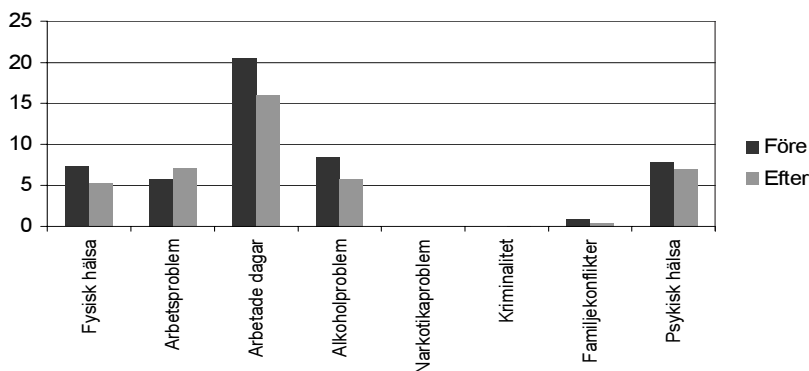


Fig. 2:7 Antal problemdagar före respektive efter insats vid resursenheten

Förklaring: Ingen av dessa skillnader är signifikanta, vilket betyder att man inte kan utesluta att skillnaderna beror på slumpmässiga variationer.

De mörka staplarna visar genomsnittsvärdena för klientgruppen från grundintervjun, de ljusare genomsnittsvärdena från uppföljningsintervjun. Antalet grundintervjuer var 52 och antalet uppföljningsintervjuer 28, vilket innebär att bortfallet, 24 personer, således uppgår till nästan hälften. Det finns därför anledning att påpeka att ett så stort bortfall påverkar tillförlitligheten och gör slutsatserna mycket osäkra.

Trots denna brist använder vi här uppgifterna för att visa vad uppföljningsinformation kan användas till. En fråga av intresse är om klientgruppen har förbättrats. En förbättring betyder i det här fallet att antalet problemdagar och/eller klienternas skattning av problemdagar har minskat. Studerar vi diagrammet finner vi endast smärre förbättringar

i fråga om fysiska problem, alkohol, familj och psykisk hälsa. Vi finner också smärre försämringar beträffande arbete och kriminalitet. Såväl förbättringar som försämringar är alltså mycket små och inte statistiskt säkerställda, vilket betyder att vi inte kan utesluta att det rör sig om slumpmässiga variationer. Vi ser liknande tendenser både för antalet dagar och klienternas skattningar.

Information av det här slaget har sitt värde när man vill presentera information om gruppens utveckling. Det kan visserligen upplevas som mindre motiverat att presentera sådan information när förbättringarna är små, som i exemplet ovan, men man bör komma ihåg att även om man inte finner några förbättringar alls kan vissa klienter ändå ha fått en bättre situation.

Särskilt när variationerna inom gruppen är stora, finns det anledning att undersöka om en viss del av klientgruppen har förbättrats mer eller mindre. I det här fallet vore det t.ex. intressant att studera hur klienter i kategorin körkortsärenden skiljer sig från de övriga eller hur klienter, som på eget initiativ söker vård, skiljer sig från dem som kommit på initiativ av någon annan. Finner man att någon grupp förbättrats mer och en annan mindre, är det intressant information.

Har insatserna hjälpt?

Vilket resultat en insats har haft för klienternas del, är en fråga av stort intresse för chefer och andra ansvariga. För att få reda på det krävs information om klienternas utveckling, dvs. längdsnitt. Ett längdsnitt ger en bild av gruppens utvecklingsprofil och en uppfattning om resultatet för klienternas del, vilket kan ställas i relation till genomförda insatser

Längdsnittsinformation motsvarar en minimistandard för ett kvalificerat kvalitetsarbete. Förutom uppgifter om samtliga klienters situation vid de första kontakterna, rekommenderas en uppföljning av klienternas situation efter att insatsen är genomförd. Därutöver behöver man uppgifter om innehållet i de insatser som klienterna erbjudits i kontakten med verksamheten (Andréasson 1996, s. 81). ASI-intervjun ger emellertid *inte* tillräckligt med information om de insatser som klienterna tar del av. Informationen bör därför kompletteras i detta avseende.

Ett exempel får visa hur klientgruppers utveckling kan studeras med hjälp av längdsnitt och vilka slutsatser som kan dras av sådan information. De två figurerna visar tre olika klientgrupper som tagit del av olika insatser, före respektive efter insats.

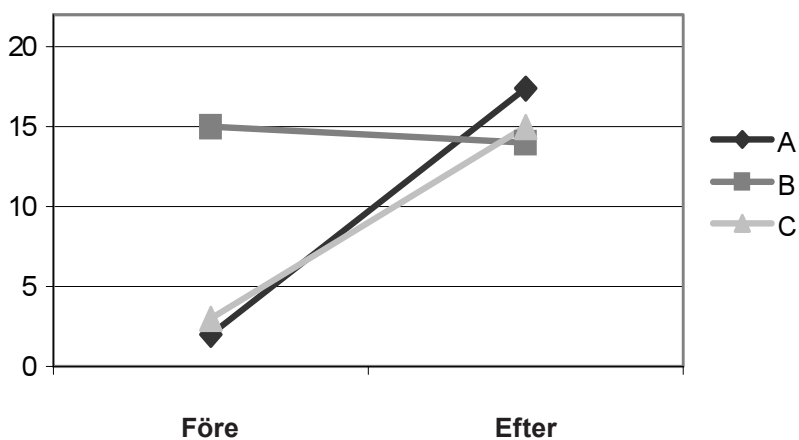


Fig. 2:8 Antal arbetade dagar före respektive efter insats

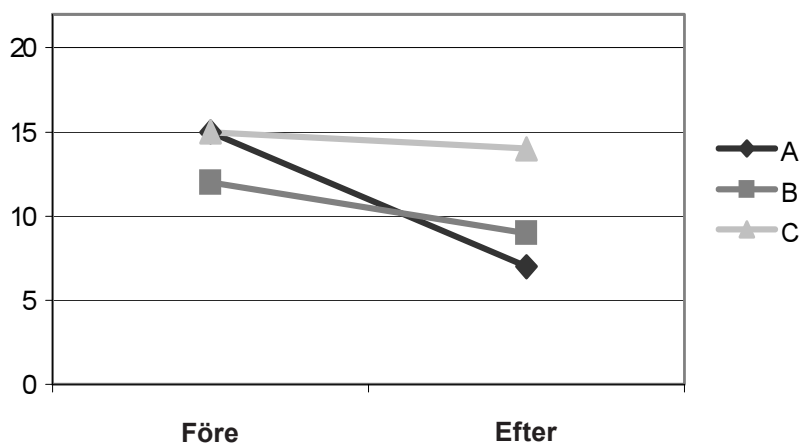


Fig. 2:9 Antal problemdagar före respektive efter en insats

Förklaring: Exemplet är hämtat från en utvärdering av KrAmi-programmen. A står för KrAmi, B för frivårdsinsatser och C för Knuff. De siffror som redovisas i tabellen bygger på en beräkning av medelvärdet för samtliga individer i gruppen. I diagrammen anges ett genomsnittsvärde för varje grupp. Genom-

snittsvärdet har beräknats genom att varje klients värden har summerats och därefter har summan dividerats med antalet klienter. Förändringen eller utfallet är skillnaden mellan de två intervjutillfällena. Beräkningarna har gjorts i statistiskprogram som SPSS. Skillnaderna är signifikanta, dvs. det är osannolikt att de kan förklaras av slumpen, när det gäller arbetade dagar för KrAmi och Knuff.

KrAmi-programmet (A), som syftar till att hjälpa klienterna att få ett arbete, jämfördes med två andra insatser, nämligen frivårdsinsatser (B) och Knuff (C), som också har arbetsinriktning. Samtliga klienter som tog del av dessa tre insatser ett visst år, intervjuades med ASI-intervjun både före och efter insats. Med tanke på att samtliga tre insatser har fokus på arbete och arbetsrehabilitering, har vi använt några frågor från området arbete och försörjning, nämligen *antalet dagar som klienten har varit i arbete under de senaste 30 dagarna* och *antalet dagar som klienten uppger problem med arbete under de senaste 30 dagarna*. Dessa två s.k. 30-dagarsfrågor är goda indikatorer på förändring. För båda frågorna har varje grupps medelvärde beräknats och i diagrammet ovan framgår skillnaden mellan före och efter insats. Denna information illustrerar alltså klientgruppernas förändring från den tidpunkt då grundintervjun genomfördes före insats, till den tidpunkt då uppföljningsintervjun genomfördes efter insats.

Vilken information ger då dessa diagram? Figuren ovan visar antalet dagar som varje klient i gruppen uppgivit att de har arbetat de senaste 30 dagarna före och efter insats. När informationen sammanställts, visar det sig att klienterna i KrAmi (A) och Knuff (C) har mycket få dagar i arbete *före* insats, medan frivårdsgruppen (B) har något fler. I fråga om antalet dagar i arbete skiljer sig därför grupperna något redan från start. Även *efter* insats finns vissa skillnader. KrAmigruppens arbetssituation har förbättrats betydligt mer och är efter insats bättre än både frivårdsgruppens och Knuffgruppens. Knuffgruppen har visserligen förbättrats, men i betydligt mindre omfattning. Frivårdsgruppen har däremot inte förbättrats alls utan visar snarare en tendens till försämring.

Dagar med ”problem i arbete” visar antalet dagar som en klient uppger sig ha haft problem som rör arbete de senaste 30 dagarna och illustreras av figuren nedan. Här visar en sluttande kurva att problemen minskar efter insats. När vi studerar utvecklingen finner vi mindre skillnader. Antalet problemdagar är något färre i frivårdsgruppen, men

skillnaden tycks mindre än vad som gäller för dagar i arbete (fig. till vänster). KrAmigruppen (A) har minskat sina problem mer än både frivårdsgruppen (B) och Knuff-gruppen (C); utvecklingen för båda dessa grupper ter sig tämligen likartad.

Jämför man de två figurerna pekar utvecklingen i samma riktning för KrAmigruppens (A) del, dvs. de visar båda på förbättring. Frivårdsgruppen (B), som inte ökat utan snarare minskat antalet dagar i arbete, visar ett minskat antal problemdagar, dvs. en mindre förbättring. Knuffgruppen (C), som ökat antalet arbetade dagar, visar en obetydlig minskning av antalet dagar med problem. Den fortsatta analysen visade dock att flertalet i Knuffgruppen fanns i arbetsmarknadsåtgärder, vilket kunde förklara att problemen kvarstår trots att antalet dagar i arbete förbättrats (Nyström, m.fl. 2002).

En grupp, vars arbetssituation inte har förbättrats, har kanske förbättrats i andra viktiga avseenden. Alkohol- och droganvändning har kanske minskat eller kanske har den psykiska hälsan förbättrats. Även om insatsens inriktning i detta fall var en annan, kan man inte utesluta att den positiva utvecklingen kan relateras till insatsen.

Förbättringar kan betyda att en insats har haft avsedd effekt, men innan man drar en sådan slutsats bör andra tänkbara förklaringar undersökas. Det kan nämligen finnas andra faktorer som bidrar till resultatet. I det här fallet kanske arbetsmarknaden har förbättrats, kanske har flera klienter tagit del av andra insatser, kanske har de påverkats av positiva händelser i sitt liv. Om man har kontrollerat om det finns andra förklaringar till en förbättring och kommit fram till att sådana kan uteslutas, blir slutsatserna mer nyanserade och säkra. Ett resultat i positiv riktning pekar på en förbättring, men en förbättring inom ett område åtföljs inte alltid av förbättringar inom andra områden. Resultaten kan därför visa sig vara motstridiga.

En närmare analys kan även visa variationer i gruppen. Vissa klienter kanske har förbättrats medan andra har försämrats. Klienterna kanske skiljer sig i fråga om ålder, kön, nationalitet, bostadsort och kanske har de deltagit i olika insatser. Det finns alltid anledning att granska siffrorna närmare innan man drar slutsatser. Man bör studera hur grupperna skiljer sig åt före insats och när man jämför deras utveckling bör man inte endast göra det i ett avseende utan i flera, och studera variationerna. Annan information kan dessutom komplettera bilden.

Olika insatsers värde

Ännu större värde får längdsnittsinformationen om klienterna följs upp regelbundet och kontinuerligt med ASI-intervjuer. Klientgruppens utveckling över tid kan säga något om de effekter som en eller flera olika insatser har haft för klientgruppen. Detta är information som är av stort värde i en verksamhets utvecklingsarbete.

I forskning med experimentell- och kvasiexperimentell uppläggning utnyttjar man skillnaderna mellan grupper för sina slutsatser. På liknande sätt skulle man i den praktiska yrkesutövningen kunna jämföra resultat över tid och mellan grupper. Detta förutsätter att ASI-intervjun genomförs regelbundet och kontinuerligt under längre tid, vilket efterhand kommer att ge verksamheten egna jämförelsegrupper.

Den enkla före – eftermodell som presenterades tidigare kan användas som utgångspunkt för jämförelser av en eller flera grupper som tagit del av olika insatser, för att studera om resultatet, dvs. förbättringen, blir olika stor för skilda insatser.

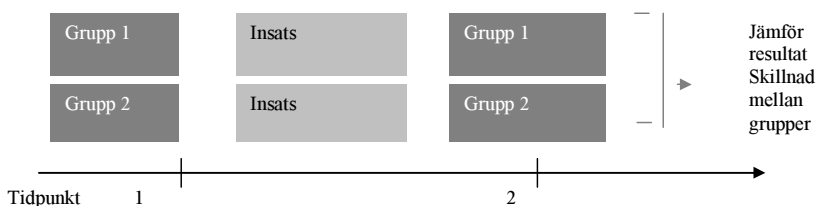


Fig. 2:10 Jämföra skillnader mellan grupper

Beräknas sedan den förändring som skett mellan de två intervjutillfällena för samtliga grupper, kan resultaten jämföras. Om man finner skillnader, kan insatsen vara en av flera möjliga förklaringar. Innan man kan dra en sådan slutsats bör man emellertid försäkra sig om att skillnaderna inte är slumpmässiga och att det inte finns andra förklaringar.

Man kan även använda *hela klientgruppen* som jämförelsegrupp. Det kan vara aktuellt t.ex. i verksamheter där klienterna skrivs in löpande och kontinuerligt, som fallet ofta är i sociala verksamheter. En verksamhet som består av ett antal enheter, kan räkna fram en gemensam eller total effekt, beräknad på genomsnittsvärdet för samtliga klienter. Hela verksamhetens resultat fungerar då som en jämförelsegrupp. Om

skillnaden mellan samtliga klienters utveckling och den nya gruppens visar sig vara statistiskt signifikant, är detta sannolikt en effekt av den nya insatsen. Dessa modeller ställer krav på att samtliga klienter intervjuas och att man har kontroll över bortfallet (Armeliuss, 1999).

Om man gör kontinuerliga intervjuer med samtliga klienter kan resultaten följas upp regelbundet. Man får då veta om målgruppernas sammansättning, problem eller behov har förändrats. Om resultaten förändrats radikalt, t.ex. om klienterna förbättrats betydligt mer eller betydligt mindre än andra grupper, bör man göra en analys. Kanske finner man då förändringar i insatsens innehåll eller utförande, i personalgruppens kompetens eller i tillgången på resurser. Denna information ger i sin tur underlag för beslut om eventuella förändringar.

Utveckling av verksamhet och insatser

Som framgått visar längdsnitt klientgruppers utveckling från före insats till efter insats. Detta är värdefull information när man värderar och bedömer vad insatserna har betytt för klientgrupper. Informationen ger således svar på frågor av central betydelse, inte minst vid utvecklingen av insatser. Figuren nedan är ett försök att ge en samlad bild av denna process och de frågor som informationen ger svar på.

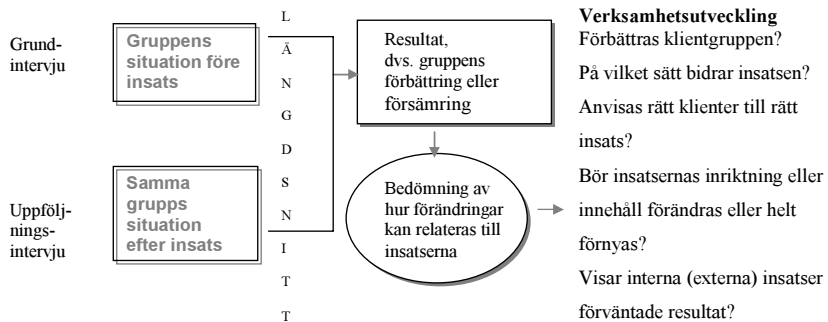


Fig. 2:11 Längdsnitt och utveckling av insatser

Längdsnittsinformation aktualiserar många typer av frågor. Om en majoritet av klienterna förbättrats talar resultatet för att insatsen motsvarar klientgruppens behov, åtminstone om andra förklaringar kan uteslutas. Försämras däremot situationen för flertalet klienter kan det

bli fråga om att t.ex. förändra remitteringsgrunderna eller insatsernas innehåll. Om en viss klientgrupp har förbättrats medan andra har försämrats, kan det bero på att insatsen fungerar bättre för en viss typ av klienter. Om klienterna förbättrats, men i andra avseenden än de förväntade, kan det leda till revideringar av mål och handlingsplan. Som exempel kan nämnas klienter som genomgått en missbruksbehandling. Deras situation har kanske inte förbättrats vad gäller alkohol- och droger men däremot i fråga om familj och umgänge. Det väcker frågan om det är rätt klienter som anvisas till insatsen ifråga och om insatsens innehåll passar klienterna. Det reser också frågor om de metoder som används och hur dessa beskrivs och genomförs. Även om man inte finner några förändringar kan insatserna fortfarande ha ett värde, men de har inte varit tillräckliga för att åstadkomma någon förbättring för hela klientgruppen.

Längdsnittsinformationen ger besked om huruvida klientgrupper har förändrats och, om så är fallet, i vilka avseenden en förbättring eller försämring har skett. Relateras resultaten till de insatser som klienterna deltagit i, får man ett underlag för beslut rörande vilka klientgrupper som bör remitteras till olika insatser, vilka nya insatser och åtgärder som är nödvändiga samt vilket innehåll och vilken inriktning som insatserna bör ha. Längdsnitt, som ger kunskap om klientgruppers utveckling, kan således komma verksamheten till godo på många olika sätt.

Med ett uthålligt arbete, med kontinuerliga och regelbundna ASI-intervjuer över flera år samt ett tillägg med information om insatser, kan en verksamhet börja bygga upp ett lokalt utvecklingsarbete.

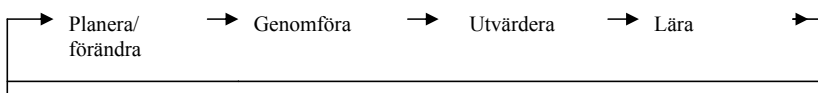


Fig 2:12 Kontinuerligt utvecklingsarbete

När en förändring genomförts och resultatet följs upp och värderas får man, förutom ett beslutsunderlag för förändring av arbetsinsatser, metoder, handläggning m.m., även ett underlag för ett kontinuerligt lärande. En verksamhet som samlar och ackumulerar information om klienterna, påbörjar en kunskapsutveckling som ytterligare ökar den praktiska nyttan av ASI-intervjun i utvecklingsarbetet.

Det kommer ännu att dröja några år innan ASI-intervjuer används regelbundet och följs upp kontinuerligt. Fler modeller för kontinuerlig uppföljning kommer sannolikt att utvecklas.

Checklistor

Att tänka på vid sammanställning och bearbetning av ASI-information

I informationsbearbetningens första steg kodas uppgifterna i en datorfil. Arbetet kan också göras ”för hand” men det tar mycket tid i anspråk. Med moderna hjälpmedel blir hanteringen både enklare och säkrare. Excel eller statistikprogram som SPSS kan användas. Det finns även specialanpassade datorprogram, som ASI-net.

I det andra steget sammanställs uppgifterna till de beskrivningar av klientgrupper som en verksamhet eller enhet behöver. Det rör sig i de flesta fall om enkla sammanställningar i form av tabeller och diagram, vilka baseras på absoluta eller relativa frekvenser, medelvärden eller procentandelar. Datorprogrammen utför beräkningarna och framställer graferna. Ifall man inte själv har kunskaper i beskrivande statistik bör man, särskilt i uppbyggnadsskedet, anlita expertis.

Att tänka på när man väljer frågor för uppföljning

Söker man information om klienternas utveckling, dvs. information av längdsnittstyp, är utfallsvariabler som ger en uppfattning om förändring av särskilt intresse. Inom varje område finns många frågor som kan användas som utfallsvariabler. En regel är att alla frågor som gäller de senaste 30 dagarna passar bra för uppföljning av resultat. Det gör även klientens skattningar av problemsituationen och hjälpbehov.

Frågor med kort tidsperspektiv, dvs. 30 dagar, är således lämpliga uppföljningsfrågor i detta sammanhang. En kombination av frågor om sakförhållanden, klientens egen uppfattning, de s.k. klientskattningarna samt intervjuarskattningen, ger kompletterande perspektiv.

Att tänka på vid analys och tolkning

Om *olika frågor* tillåts *komplettera* varandra ger det en mer fullständig bild av klientgruppen. Det kan finnas stora problem inom ett visst område, medan det inom ett annat finns stora tillgångar. Olika frågor inom samma område visar nyanser som man går miste om ifall endast en fråga studeras. T.ex. kan kombinationer av dagar med alkoholkonsumtion och klienters skattningar av alkoholproblem visa olika aspekter av problemen.

Information från olika frågor eller olika områden kommer ibland att *peka i olika riktningar*. En förbättring inom ett område utesluter t.ex. inte försämringar inom ett annat område. Motstridiga resultat bör ses som en uppmaning att söka efter förklaringar.

Om bortfallet är stort bör man vara försiktig med slutsatserna. En analys som går ut på att studera om och i vilka avseenden klienterna i bortfallet skiljer sig från resten av gruppen är alltid nödvändig.

Genomsnittvärden visar inte *variationerna inom en grupp*. När en klientgrupp är alltför heterogen är det svårare att dra entydiga slutsatser. Gruppen kan visa sig bestå av delgrupper vars behov skiljer sig åt. Om man delar in gruppen i olika kategorier framgår eventuella skillnader tydligare. När man mäter förändring kan det visa sig att en del av gruppen har utvecklats i positiv riktning och en annan i negativ. Ibland tar dessa förändringar ut varandra så att det ser ut som om ingen förändring har inträffat. En försämring kan i själva verket visa sig vara en förbättring för vissa men en större försämring för andra.

Om det visar sig att klienternas livssituation förbättrats, kan man inte ta för givet att detta beror på insatsen. Inte heller kan man ta för givet att en insats är utan värde om klientens situation inte har förbättrats. Vare sig resultatet är positivt eller negativt kan det finnas *andra och fler faktorer än insatsen* som är av betydelse. Skillnader som fanns före insatsen eller insatserna, andra händelser i klienternas liv eller i samhället – t.ex. en förbättrad eller försämrade arbetsmarknad – kan ha påverkat.

Det kan finnas andra speciella förhållanden som påverkar resultaten. En analys av förhållandena före insats kanske visar att de flesta i klientgruppen varken har kunnat arbeta, missbruka eller begå brott därför att de suttit i fängelse eller varit intagna för behandling. Värdena på vissa problemindikatorer för gruppen före insats visar sig då myck-

et låga och det påverkar den skillnad som beräknas efter insats. Det bör emellertid inte automatiskt tolkas som att insatsen varit värdelös. Om de låga värdena kvarstår, kan det vara ett gott betyg, särskilt om gruppen har lång erfarenhet av det problem som man studerar.

Om man vill veta om insatsen bidragit till klienternas förbättring eller försämring, gäller det således att först utesluta andra förklaringar. Ingenting hindrar att man *tar hjälp av klienterna* genom att lägga till några frågor till ASI-intervjun. Vilken uppfattning har klienterna om orsakerna till resultatet? Vilket värde anser klienterna att insatsen har haft? Klienternas uppfattning blir ett värdefullt komplement till andra analyser. Man kan också ta hjälp av andra fakta som finns dokumenterade.

Att tänka på beträffande bortfall

Man bör alltid göra en analys av bortfallet. Man väljer vissa frågor från grundintervjun, t.ex. kön, ålder, bostadsort, civilstånd, tidigare erfarenhet av alkohol- och drogmisbruk, och sammanställer i en tabell information både för bortfall och för hela gruppen. Skiljer sig bortfallet signifikant från den totala gruppen blir slutsatserna mycket osäkra.

Kapitel 3

Lägga upp arbetet

I det förra kapitlet visade vi vilken nytta en verksamhet kan ha av gruppinformation i planerings- och utvecklingsarbetet. Gruppinformation lägger grunden till ett nytt sätt att arbeta, ett klient- och resultatnriktat arbetssätt. Ett nytt arbetssätt kan dock sällan införas utan förberedelser. Intervjuarbete, informationsinsamling, bearbetning och analys av material måste organiseras och förändringsarbetet måste planeras. I detta kapitel behandlas de frågor som man ställs inför vid planeringen av ett klient- och resultatnriktat arbetssätt med ASI-intervjun som grund.

Organisera intervjuarbetet

Det är viktigt att försäkra sig om att beslutsunderlaget inte har brister som äventyrar bedömningar och beslut. Informationen bör vara av god kvalitet, vilket innebär att varje enskild intervjuare måste följa anvisningarna och att intervjuarbetet skall organiseras på ett visst sätt. Det hör till chefers och arbetsledares viktigaste uppgifter att vinnlägga sig om underlagets kvalitet.

Kunskap om vilka klienter som ingår i en undersökningsgrupp, liksom kontinuitet och regelbundenhet i dokumentationen, är avgörande för vilka frågor som kan besvaras. Hur intervjuerna har organiserats och genomförts avgör vilken typ av frågor som informationen kan ge svar på. Sporadiska intervjuer ger information av värde för enskilda klienter, medan systematiska intervjuer ger gruppinformation som är av värde för verksamhetens arbete.

Figuren nedan ger en schematisk översikt.

	Grundintervju	Grund- och uppföljningsintervju
Intervjuer med enstaka klienter	Bedömning av enskilda klienters situation och hjälpbehov	Bedömning av enskilda klienters förbättring och insatsens värde för klienten
Systematiska intervjuer	Bedömning av klientgruppens behov som underlag för planering av insatser	Bedömning av klientgruppens förbättring som underlag för utveckling av verksamhetens insatser
Kontinuerliga intervjuer	Bedöma klientgruppens utveckling och fortsatta behov	Bedöma klientgruppens utveckling över tid

Fig. 3:1 Intervjuarbetets uppläggning och informationens värde

Då man gör tvärsnitts- och längdsnittsbeskrivningar är det viktigt att veta vilka klienter som omfattas av gruppbeskrivningarna. Säg att man väljer ut ett visst antal klienter för att bedöma klienternas behov, men inte får möjlighet att intervjuar alla. Det innebär att man saknar kunskap om dem som inte blivit intervjuade. Detta innebär i sin tur att man inte kan dra några slutsatser på gruppnivå. Sporadiskt genomförda intervjuer *bör inte* behandlas som gruppinformation.

Information om en hel klientgrupp kräver systematiskt genomförda intervjuer, exempelvis med samtliga klienter som söker sig till enheten. Ett tvärsnitt bör nämligen omfatta så många klienter som möjligt av den grupp som man vill ha kunskap om. Helst bör slutsatserna baseras på uppgifter om samtliga klienter. Om någon enstaka klient inte kan intervjuas, bör detta noteras så att underlaget inte blir selektivt eller skevt.

Ett längdsnitt är lämpligt när man intresserar sig för gruppens utveckling. Längdsnittsinformation kräver dock att intervjuarbetet har genomförts på ett visst sätt. Samtliga klienter i den grupp som man önskar följa upp bör intervjuas med samma intervall, med en viss regelbundenhet och kontinuitet. Efter att informationen har sammanställts och bearbetats kan resultatet, som visar klientgruppens förändring, beräknas. En analys visar sedan om förändringen – en förbättring eller en försämring – kan sättas i samband med de olika insatser som klienterna tagit del av.

Då man gör uppföljningsintervjuerna bör samma klienter intervjuas. Det förutsätter information om vilka klienter som ingick i den ursprungliga gruppen och om bortfallet. Man bör även vara noga med att registrera eventuellt bortfall vid uppföljningen.

När arbetet organiseras bör man även se till att det finns rutiner för uppföljning av klienter. Arbetet underlättas om intervjuerna genomförs regelbundet och kontinuerligt. På sikt bygger man då upp en organisation som tillvaratar praktiska erfarenheter.

Förstå informationen

För analys och tolkning krävs flera kompetenser, bl.a. statistikkunskap, för att kunna bedöma informationens kvalitet samt vilka analyser och slutsatser som informationen håller för. Utan yrkeskunnande inom sakområdet och utan kännedom om verksamheten är det emellertid svårt att tolka siffrorna.

Tolkning kräver också förmåga till kritisk distans. Det finns alltid en risk att de egna föreställningarna färgar tolkningen så att information som överensstämmer med ens egen uppfattning betraktas som betydelsefull, medan information som inte gör det förvrängs, bortförklaras eller glöms bort.

Att tänka på inför användandet av ASI-intervjun i arbetet

- Bestäm ambitionsnivå.
- Tänk igenom vilka klienter som bör omfattas av intervjuerna, vid vilka tidpunkter grund- och uppföljningsintervjuer bör genomföras samt med vilka mellanrum. I samband med uppföljningsintervjuerna bör man fundera över vilka praktiska möjligheter man har att nå klienterna efter att en insats är avslutad.
- Tänk igenom vilken personal som skall genomföra intervjuerna.
- Tänk igenom hur intervjuerna skall dokumenteras, lagras i datafiler och bearbetas. Tänk på att uppgifterna måste lagras säkert. Fundera över behoven av tekniska hjälpmedel, kompetens och kunskap.

- Tänk över organisationen. Vilka medarbetare, arbetsledare, chefer, utredare, experter m.fl. bör involveras?
- Tänk över ansvarsfrågorna. Vem bör ha tillgång till vilken information? Vem skall ha ansvar för att genomföra intervjuer och för att koda, bearbeta, sammanställa och presentera materialet?

Organisera verksamheten

I planeringen av ASI-arbetet händer det att organisationsfrågor kommer upp på dagordningen. Ett exempel är Jönköpings kommuns missbrukarvård som valde att omorganisera. Tidigare var missbruksvården decentraliserad till fyra olika stadsdelar och utgick från en generalistmodell. Man förändrade för att man ville renodla uppdragen. Man ville ha en skarpare gräns mellan utredning och behandling, ett tydligare ansvar för uppföljning och kortare handläggningstider. I samband med att ASI-intervjun infördes förbereddes en organisation med en central utredningsenhet plus interna enheter som var specialiserade på behandling. Man ville ta bättre vara på klientinformationen och utforma verksamheten efter de resultat som olika insatser givit för enskilda klienter och klientgrupper. Man eftersträvade med andra ord en klient- och resultatinkriktad verksamhet.

Den nya organisationen kan beskrivas på följande sätt:

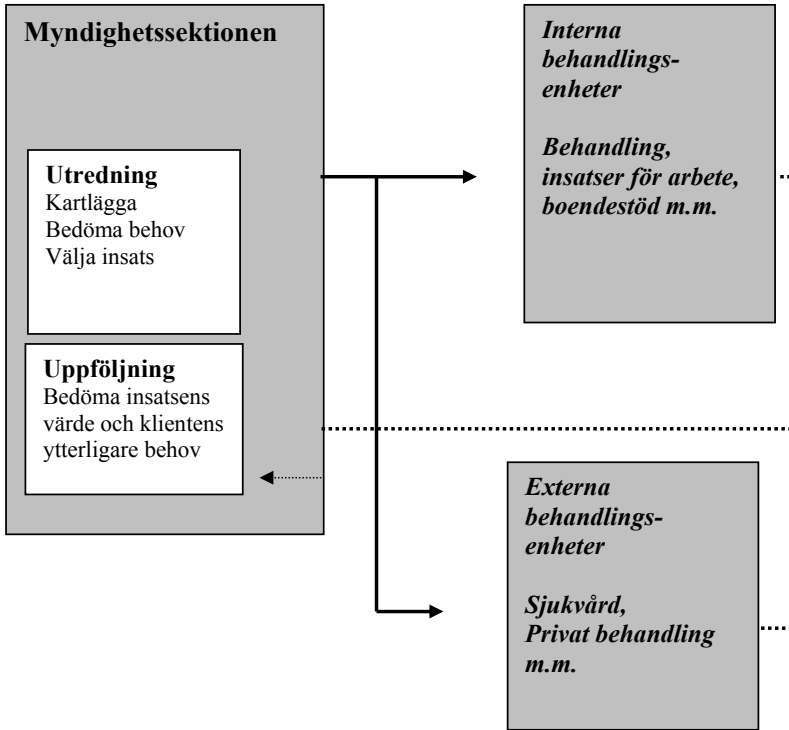


Fig. 3:2 Organisationsmodell

En utredningsenhet, myndighetssektionen, har huvudansvaret för ASI-intervjun, både grund- och uppföljningsintervjuerna, medan andra behandlingsenheter använder intervjun vid behov. Inom varje enhet kan man också välja olika modeller. Någon, några eller alla kan genomföra intervjuer. Vid ett behandlingshem kanske man bestämmer att en eller två befattningsinnehavare skall göra samtliga ASI-intervjuer, medan behandlingspersonalen endast tar del av resultaten och använder dem som grund vid valet av behandling. Även öppenvårdsenheten, som tar emot hjälpsökande som inte passerat myndighetssektionen, genomför ASI-intervjuer.

Som detta exempel visar får ASI-intervjun en tydlig funktion i den nya organisationen. Man hoppas med den här arbetsmodellen minska risken för felaktiga beslut och slentrianmässiga placeringar.

Jönköping är ett exempel på hur en relativt stor kommun valt att organisera arbetet. Vad som är den bästa organisationen för en kommun bestäms av en rad faktorer, som kommunens storlek, personaltillgång m.m.

Förberedelser inför ett nytt arbetssätt

När man börjar arbeta med ASI-intervjun som grund för ett klientorienterat och resultatnriktat arbetssätt, innebär det oundvikligen stora förändringar för enskilda medarbetare, ja, kanske för hela organisationen. Det är viktigt att komma ihåg att ett nytt arbetssätt sällan införs i en handvändning eller utan svårigheter. Hur man kommer igång är dock ofta avgörande för hur man kommer att lyckas. Förberedelserna är mycket viktiga. Man bör ha en god planering och skapa de förutsättningar som behövs för att kunna genomföra en förändring, man måste också ha förståelse för vad det nya arbetssättet innebär – och vara förberedd på att svårigheter kommer att uppstå. Inte minst krävs en stark vilja (Sannerstedt 2001).

Den största utmaningen ligger dock inte i själva intervjun eller sättet att ställa frågor utan i det förändrade synsätt som ett klient- och resultatorienterat arbetssätt innebär. I många offentliga verksamheter har dokumentation och kvalitetsarbete länge motiverats utifrån handläggnings- och rättsaspekter. Även om dessa aspekter även fortsättningsvis kommer att ha stor betydelse, förskjuts nu tonvikten i utvecklingsarbetet mot vad verksamheten och insatserna betyder för *klienterna*.

Med ett klient- och resultatnriktat arbetssätt följer därför vissa förändringar som kan uppfattas som genomgripande. Detta arbetssätt förändrar i viss mån förhållandet mellan chefer och medarbetare. Medarbetarna kommer att ha en professionell handlingsfrihet *men* också ett krav på sig att redovisa resultat av arbetet. Beslut som gäller verksamhet och insatser kommer att fattas på basis av ett eftersträvat utfall för klienternas del. När information kan sammanställas och presenteras blir enheters och arbetsgruppers insatser mer synliga. I vissa verksamheter kan detta vara en ny situation både för ledning och medarbetare. Informationen bör endast användas med syftet att förbättra insatser,

inte för att värdera och bedöma personal. I annat fall kan det leda till rädsla och konflikter i personalgruppen.

Chefsansvar

Ledare för olika verksamheter har mycket att vinna på att det görs uppföljningar av strukturerad och systematisk karaktär, inte minst därför att resultaten då blir synliga. Det hjälper ledarna/cheferna att få ett bättre grepp, både om verksamhetsfrågor och professionella frågor som "Vilka resultat leder olika insatser till för klienternas del?" (Tengvald, 1996). Med resultat som genereras genom standardiserade metoder kan cheferna, tillsammans med sina medarbetare, arbeta med insatser som gynnar klienterna.

När man inför ett resultatorienterat arbetssätt faller ett stort ansvar på cheferna. Beslutet att använda ASI-intervjun bör formuleras så enhetligt och tydligt att alla som berörs förstår *varför* arbetet skall utföras, vad *syftet* med arbetet är samt *hur* detta skall utföras. Först då finns förutsättningar att lyckas. Även resurserna är ett chefsansvar. Cheferna bör se till att de nödvändiga resurserna för att kunna genomföra ASI-intervjun på ett så bra sätt som möjligt finns tillgängliga. Det gäller bl.a. lokaler, utrustning, personal och tid. Chefernas kanske viktigaste uppgift är dock att inspirera och stimulera medarbetarna, inte bara i inledningsfasen utan även i det långsiktiga arbetet. Viljan att förbättra arbetssättet blir till sist blir avgörande för hur väl man kommer att lyckas.

Även om ansvaret för planering och förändringsarbete ligger på cheferna, krävs medarbetarnas medverkan för att lyckas med arbetet. Chefer och medarbetare bör formulera ett policydokument tillsammans. Dokumentet bör innehålla den vision som ligger bakom ett klientorienterat och resultatintriktat arbetssätt, samt syfte och mål. Det ligger också på cheferna att organisera arbetet så att den klientinformation som samlas in med ASI-intervjun tas tillvara, både i det direkta klientarbetet och i utvecklingsarbetet. Slutligen är det också chefernas ansvar att utarbeta en plan för hur och i vilken takt det nya arbetssättet skall genomföras, givetvis i samarbete med personalen.

Informationsbehov och ambitionsnivå

Inför planerna att införa ASI-intervjun bör man tänka igenom vilket behov av information som verksamheten eller enheten har. Detta bestämmer nämligen vilken typ av underlag som krävs och hur många intervjuer och uppföljningsintervjuer som behöver genomföras. Man bör tänka igenom om man enbart vill ha ett bättre kunskapsunderlag för klientarbetet eller om man också vill ha ett kunskapsunderlag för enheten eller hela verksamheten.

Om man endast avser att bedöma *enskilda klienters behov* av vård/insats räcker det med att genomföra grundintervjun. Vill man även bedöma *insatsens värde* för klienten bör man dessutom genomföra en uppföljningsintervju. Söker man information av värde för verksamhetens inriktning eller utveckling krävs dock systematiska intervjuer med kontroll av bortfallet.

<i>Syfte</i>	<i>Användning</i>	<i>Typ av underlag</i>	<i>Krav på dokumentation</i>
Bedöma enskilda klienters hjälpbehov	I klientarbete	Behovsprofiler enskilda klienter	Grundintervju
Bedöma insatsers värde för enskilda klienter	I klientarbete	Utvecklingsprofiler för enskilda klienter	Grund- och uppföljningsintervju
Bedöma klientgruppers behov	Planering av insats	Tvårsnitt (behovsprofil för grupper av klienter)	Grundintervjuer omfattande alla klienter
Bedöma olika insatsers värde för klientgrupper	Utveckling av insats	Längdsnitt (utvecklingsprofil för klientgrupper)	Grundintervju och minst en uppföljningsintervju

Fig. 3:3 Krav på dokumentation

För planering av insatser behövs information om klienternas behov. Det är då tillräckligt med information om målgruppens sammansättning i form av *tvårsnitt*. Sådan information får man om grundintervjuerna genomförs regelbundet med en eller flera klientgrupper. Man kan då nöja sig med systematiskt genomförda grundintervjuer. Vill man utveckla insatserna krävs det att man följer klientgruppers utveckling. Man bör då planera för både grund- och uppföljningsintervjuer, som gör det möjligt att beskriva grupper i längdsnitt. För att återkommande få information av det här slaget måste intervjuerna genomföras kontinuerligt över tid. På så vis får man regelbundet ny kunskap om hur verksamhetens insatser har utvecklats i förhållande till klientgruppernas behov.

Vilka klienter bör intervjuas och vid hur många tillfällen? Bör intervjuerna genomföras systematiskt, regelbundet och kontinuerligt? Svaret är att syftet bestämmer nivån. Vårt råd är att tänka långsiktigt och höja ambitionerna i takt med nya behov.

Ett annat råd är att redan från början integrera intervjun i hela verksamheten. I många verksamheter har ASI-intervjun börjat användas på enskilda medarbetares initiativ, vilket har många fördelar, inte minst vad gäller engagemang och motivation. Ansvaret för verksamhetens behov kan emellertid inte enskilda ASI-användare ta, utan det åvilar cheferna. Erfarenheter visar att även intresserade användare tenderar att förlora intresset om organisationen inte ger stöd eller frågar efter ASI-informationen.

Om endast ett fåtal använder ASI-intervjun utnyttjas inte de fördelar som ASI-information ger, på andra nivåer i verksamheten. Särskilt i starten, när ASI-intervjun håller på att introduceras, vinner man fördelar om intervjun integreras i hela verksamheten. Att se helheten ökar motivationen, och efterfrågan på en nivå skapar motivation på en annan. Även om arbetet kan påbörjas på andra sätt, ser vi alltså fördelar med att ha ett helhetstänkande redan från början.

Förändring i olika faser

Såväl organisationer som personer har olika beredskap för förändring. Detta är viktigt att känna till eftersom det kommer att påverka vilka strategier som bör användas i förändringsarbetet. Några personer har ännu inte upplevt något behov av förändring, andra känner ännu inte till möjligheten och andra åter är nöjda med det arbetssätt man har. Några är intresserade av det nya arbetssättet, men befinner sig känslomässigt i valet och kvalet, som man ofta gör i en orienteringsfas. Andra har upplevt ett behov av förändring och förbereder sig för en sådan – de befinner sig i en prövande fas. Vissa har kommit så långt att de aktivt börjat genomföra en förändring – de är inne i en genomförandefas. Slutligen kan det finnas de som redan genomfört en förändring och nu befinner sig i ett läge där det gäller att upprätthålla förändringen som en del av det reguljära arbetet (Simpson, 2002).

Förutsättningar och behov är olika, beroende på i vilken fas en organisation eller en medarbetare befinner sig. Information, stöd, aktiviteter m.m., bör så långt möjligt anpassas efter dessa olika behov och

förutsättningar. Vi skall diskutera vad det kan innebära för implementeringen av ASI-intervjun om en organisation befinner sig i förstadiet, i den orienterande fasen, i den prövande, i den genomförande eller i den upprätthållande fasen.

Orienterande fas

När en organisation ännu inte upplevt något behov av förändring är det värdefullt med information som visar vilken nytta man kan ha av en viss metod. Det kan vara motiverande att påvisa de problem som det nuvarande arbetssättet medför och vilka förbättringar som kan uppnås med andra metoder. Här kan det vara nödvändigt med information om forskningsresultat, om vad ASI är och om vad standardiserade metoder kan tillföra, för att skapa motivation.

I den orienterande fasen är osäkerheten och ambivalensen hos medarbetarna fortfarande stor, samtidigt som de ju faktiskt har börjat överväga att använda ASI-intervjun. De bör därför ha en viss beredskap för förändring. Information och möjligheter till träning och utbildning kan motivera användarna. Med tillräckliga resurser kan en organisation bli än mer förändringsbenägen.

I den orienterande fasen är det inte ovanligt att det uppstår grupper med olika förändringsberedskap bland medarbetarna. En grupp har tidigt accepterat förändringen, gruppmedlemmarna har investerat både tid och intresse och upplever sig ha mycket att vinna på förändringen. De kommer snart att vara i full aktion med att pröva det nya arbetssättet. Andra befinner sig i ett förstadium, de är nöjda och ser inga behov av förändring utan tycker kanske snarare att de kommer att förlora på en förändring. Skälen till detta kan vara många. Vissa känner sig osäkra på sin förmåga, andra har svårt att förstå meningen med förändringen och andra åter vill helt enkelt inte förändra sitt arbetssätt. Ytterligare en grupp utgörs av dem som aktivt tagit ställning mot ett strukturerat arbetssätt av ”ideologiska” skäl. Ofta finns det också en ambivalent grupp som pendlar mellan att vara nöjda med det tidigare arbetssättet och att vilja pröva det nya. Bland dessa brukar det finnas några som in-tar en neutral hållning i avvaktan på ledningens beslut.

Prövande fas

Den orienterande fasen följs av en prövande fas, då användaren testar om det nya arbetssättet passar hans/hennes speciella arbets-situation

och om det personliga engagemanget håller. Förutom att fatta de nödvändiga besluten, bör ledningen ha kartlagt användarnas behov så att var och en får träna det nya arbetssättet utifrån sina egna förutsättningar. Om exempelvis de praktiska förutsättningarna saknas, påverkas användarnas motivation i negativ riktning, med påföljd att förändringsprocessen fördröjs. Om man tänker sig en mer systematisk användning av ASI-intervjun är det nödvändigt att fatta beslut som berör hela gruppen, även om detta kan bli mer komplicerat, eftersom användarnas individuella förutsättningar varierar.

Även i den prövande fasen möter man olika sätt att uppfatta det nya arbetssättet. Vissa tar till sig ASI-intervjun och hittar snart ett sätt att hantera den framgångsrikt. Andra har svårare för att ställa frågor till klienterna på ett nytt sätt. Vissa känner ett så starkt obehag inför blotta tanken att de inte ens vill försöka. Sannolikt behövs både förståelse och uppmuntran, liksom möjlighet till intervjuträning, i den situationen.

Alla kommer inte att förstå värdet av en förändring och som tidigare påpekats bör man därför vara beredd på ett visst mått av motstånd. Man bör fortsätta att förklara vad medarbetarna och organisationen vinner på att införa ett strukturerat arbetssätt. De farhågor, ja t.o.m. rädsla, som kan finnas hos enskilda medarbetare bör få komma till uttryck, utan negativa konsekvenser för dem som uttalar dem. Att diskutera, att få medarbetarna att känna delaktighet, kan minska rädslan och öka förtroendet. Undvik att tvinga någon till förändring. Tänk på att förändringar alltid kräver tid och att alla inte behöver vara positiva till en förändring för att den skall kunna genomföras. Lägg inte heller alltför mycket tid på dem som sent tar till sig förändringen.

Känslan av osäkerhet hos användarna brukar minska allteftersom de upptäcker att klienterna uppskattar ASI-intervjun. Ovana ASI-intervjuare tror ofta att klienterna upplever det strukturerade arbetssättet som lika ovant som de själva. Klienterna upplever dock sällan intervjuerna som främmande eller ”konstiga” – snarare tvärtom, visar den studie som tidigare refererats på sid. 25. Intervjuarnas attityd och motivation avspeglar sig sannolikt i förmågan att förklara intervjun, vilket i sin tur påverkar klienterna.

Eftersom ASI-intervjun är relativt omfattande tar det tid att lära sig formuläret. Man kan säga att intervjun innehåller ett visst motstånd. Både internationella och svenska erfarenheter visar att en intervjuare inte behärskar formuläret fullt ut förrän han/hon har genomfört 10–15

intervjuer (Butler, 2001). Anvisningarna för kodning är relativt omfattande och komplicerade och därför svåra att hålla i minnet. För att behärska dem fordras övning och särskilt i inledningsskedet är det bra att göra många intervjuer. Under den tiden behövs stöd och uppmuntran av arbetsledare och chefer och en arbetsorganisation som gör detta möjligt.

På vissa arbetsplatser har man försökt vara lyhörd för olika åsikter och låtit de intresserade börja använda ASI-intervjun medan de övriga har fortsatt att arbeta på sitt vanliga sätt. Fördelen med en sådan strategi är att man inte skapar något tvång kring användandet. På det viset får man tillgång till ASI-intervjuns fördelar i det direkta klientarbetet. Man utnyttjar dock inte möjligheten att samla gruppinformation, som kan användas för planering av insatser, behovsinventering och verksamhetsplanering.

Genomförandefas

I genomförandefasen används ASI-intervjun i den praktiska arbetssituationen. Då prövar man om arbetssättet är användbart och vilka möjligheter det ger. Förändringssklimatet – att uppdrag och mål är tydliga, att personalen är samkörd, att kommunikationen fungerar och att det råder en avslappnad atmosfär med öppenhet inför förändringar – är centralt i denna fas, liksom ledningens stöd och uppmuntran.

Problem i genomförandefasen beror ofta på att det är svårt att planera intervjuer, att man tycker sig ha ont om tid och att de praktiska hjälpmedlen inte alltid fungerar som förväntat. Personalen behöver uppmuntran och stöd, men också tid och praktiska förutsättningar, för att intervjuer och efterarbete skall kunna utföras ostört. De tekniska hjälpmedlen måste finnas på plats och fungera tillfredställande. Det kan även krävas omprioriteringar under en viss tid för att det nya arbetssättet skall kunna integreras i organisationen. Ibland kan det dessutom krävas en viss omorganisation.

Reguljär användning

För att komma in i den fjärde fasen – användandet av ASI-intervjun i reguljärt arbete – krävs det att användarna har utvecklat en viss färdighet. Om de kan ta till sig det nya och utveckla ett nytt fungerande arbetssätt, kan den genomförda förändringen vidmakthållas.

Såväl organisationen som varje individ påverkar förändringen i positiv eller negativ riktning. Det gäller att anpassa förändringen till individuella behov, ge ett väl anpassat stöd och minimera hinder. I det sammanhanget har chefer och arbetsledare en viktig uppgift. Ledningens beredskap för förändring är lika avgörande som varje enskild ASI-användares.

De som ifrågasätter ett arbetssätt uppfattas ibland som negativa eller ”bråkiga”, men de har inte sällan goda skäl för sitt ifrågasättande och har ofta ett genuint intresse för arbetet. Kritik kan framtvunga klargöranden, som i sin tur kan leda till förbättringar.

När ledningen för en verksamhet – efter överläggningar med personalen – bestämt sig för att använda ASI-intervjun, kommer de flesta efter en tid att arbeta enligt intentionerna. Om det efter en tid ändå finns medarbetare som – trots utbildning, träning, stöd och hjälp – inte vill använda ASI-intervjun, bör de inte tvingas. Varken medarbetaren eller klienten kommer att må bra av det och den information som man i det läget får blir mindre tillförlitlig.

För att implementeringen skall lyckas är det viktigt att arbetsledningen tydligt visar sin bestämda vilja att använda ASI-intervjun. Det ligger också på arbetsledningen att planera arbetet och i övrigt vidta de åtgärder som krävs för att arbetet skall bli framgångsrikt. (Simpson, 2002).

Från beslut till genomförande

Vägen från beslut till genomförande kommer att variera, beroende på område och verksamhet. Alla organisationer skiljer sig i fråga om organisationsstruktur, beslutsordning och kultur. Inom kriminalvården har man fattat ett nationellt beslut om att använda ASI-intervjun inom hela verksamheten. Implementeringen kommer därför att styras uppifrån. Inom socialtjänst och beroendevård har ASI-intervjun däremot börjat användas på enskilda socialarbetares, läkares eller sjuksköterskors initiativ. I dessa fall baseras alltså ASI-användningen på den egna personliga övertygelsen hos enskilda användare. Om man i sådana fall – där enskilda börjat använda ASI-intervjun av eget intresse – fattar ett beslut om att använda ASI-intervjun i hela verksamheten, får beslutet en mer konsensusbetonad prägel.

Trots dessa skillnader finns det vissa gemensamma hållpunkter som kan underlätta när man planerar att införa ASI-intervjun som bas för ett klientinriktat och resultatorienterat arbete. Vi har bearbetat några punkter från ”The Change Book” (2002), som kan fungera som en checklista inför planeringen av förändringsarbetet (www.nattc.org).

Förändringsprocessen i tio steg (The Change Book, 2000)

- Formulera förändringens syfte så enhetligt och tydligt att alla användare förstår nyttan med förändringen och dess konsekvenser.
- Bilda en arbetsgrupp, bestående av representanter för olika grupper, erfarenheter och kunskaper, som kan bidra med viktiga erfarenheter och synpunkter under tiden som det nya arbets sättet införs.
- Bestäm mål och ambitioner på kortare och längre sikt. Realistiska och konkreta mål är lättare att följa upp.
- Undersök vilka förutsättningar för förändring som finns i organisationen och vilka behov olika grupper har. Om hinder och möjligheter ifråga om kunskaper, kompetens, resurser, engagemang etc. på olika nivåer i organisationen kartläggs, blir olika gruppers behov tydligare. Det kan gälla chefer, arbetsledare, professionella, klienter, beslutfattare och politiker.
- Ta reda på vad olika medarbetare kan bidra med och vilka behov de har i fråga om stöd, träning, policyförändringar, personalförstärkningar och övrig resursförstärkning. Låt alla delta i diskussionerna och acceptera att inte alla omedelbart anammar den förestående förändringen. Tillåt olika åsikter, diskutera för och emot, lyssna. Uppmärksamma framgångar och ta upp dem till diskussion.
- Gör en plan över hur arbetet bör gå tillväga och tänk igenom vilka förändringar det nya arbetssättet kommer att kräva. Utbilda personalen. Anpassa förändringsstrategin efter de speciella problem och svårigheter som kommer till uttryck i olika grupper. Ta tillvara och uppmuntra engagemang. Stimulera nyfikenheten, sprid information, förmedla kunskap, visa förståelse och ge stöd på alla tänkbara sätt.

- Gör handlings- och underhållsplaner. Undersök vilka resurser som står till buds i form av lokaler, tekniska hjälpmedel, övrig utrustning, personal och tid. Ta upp utbildningsbehoven hos chefer, arbetsledare och medarbetare. Gör en tidsplan över hur olika insatser skall samordnas. Gör en lista över de ansvariga för genomförandet på de olika enheterna och nivåerna. Tänk på att själva övergången kommer att kräva mer tid och resurser än vad arbetet senare kommer att göra.
- Genomför planerna och utvärdera under processens gång.. Uppmärksamma vad som har uppnåtts, vilka reaktioner förändringen möter och vilka anpassningar som behövs. Uppmuntra till diskussion i varje fas och vid alla tillfällen som bjuds.
- Utvärdera framstegen. Hur införlivas uppföljning och utvärdering?
- Anpassa planerna efter vad som framkommit vid utvärderingen.

Kapitel 4

ASI-intervjun i klientarbete

För klientens bästa

Människor som söker hjälp för missbruk eller andra sociala problem har förhoppningar om en bättre livssituation. Detta är en självklar utgångspunkt för alla yrkesutövare, vars uppgift det är att erbjuda den enskilde bästa möjliga hjälp. Ambitionen att verka för klientens bästa skapar även ett behov av kunskap – den professionelle behöver veta vad klienten behöver, om klientens situation förbättrats samt om klienten verkligen blivit hjälpt genom insatsen.

Med en mer allsidig och relevant information om klientens problem, behov och utveckling underlättas den professionelles ansträngningar i det avseendet. I detta sammanhang fyller ASI-intervjun en uppgift eftersom den ger standardiserade uppgifter om klienten, vilka i bearbetad form ger tillförlitlig information om den enskildes situation och hjälpbehov. Den information som man får fram genom ASI-intervjun gör det också möjligt att på ett systematiskt sätt kartlägga klientens situation och följa klientens utveckling över tid.

I detta kapitel visar vi vad en bedömningsmetod som baseras på ASI-intervjun går ut på och vad bedömningar kan användas till i det praktiska arbetet. Det första avsnittet handlar om den bedömning av hjälpbehov som genomförs *före* en insats, det andra om den uppföljning som genomförs *efter* en insats. Slutligen ges några exempel på användningsområden. En mer detaljerad redogörelse för hur man går tillväga då man genomför ASI-intervjun ger vi i nästa kapitel.

Bedömning av hjälpbehov

Vid varje tillfälle som en ny klient söker hjälp aktualiseras frågan vad en god insats är, *för just den här klienten*. Eftersom svaret kan bli avgörande för klientens framtid, är detta en central fråga för den professionelle. Frågan kan besvaras först efter en noggrann kartläggning av klientens situation och en bedömning av dennes behov. En genomförd

ASI-intervju ger den professionelle ett informationsunderlag att utgå ifrån vid sin bedömning.

Klientarbetets centrala moment

Vanligtvis utgår bedömningen från den grundintervju som genomförs i samband med att klienten söker sig till en enhet. Själva intervjun utgör dock endast ett av flera viktiga moment som ingår i metoden. Som framgår av figuren omfattar huvudmomenten, förutom en grundintervju, även förberedelser och eftersamtal.

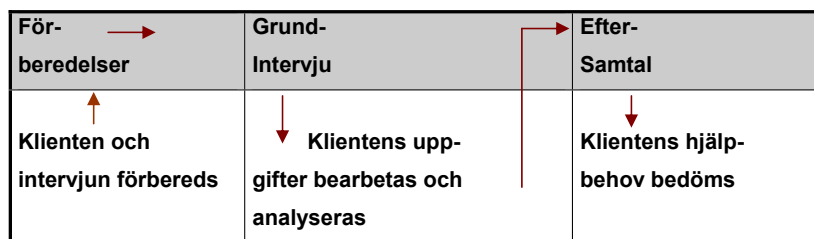


Fig. 4:1 Klientbedömningsmetodens huvudmoment

Dessa tre huvudmoment genomförs vanligen vid ett direkt personligt möte med klienten, men metoden innehåller även moment då klienten inte är direkt involverad. Det gäller förberedelserna men även den bearbetning av information som följer efter varje intervju. Det analysarbete som intervjuaren då genomför är nödvändigt, inte minst för att skapa distans och överblick, vilket krävs för att kunna göra en saklig och neutral bedömning.

När intervjuaren gjort en första bedömning får klienten ta del av det som framkommit. Därefter har intervjuaren ett eller flera eftersamtal med klienten innan han/hon gör sin slutliga bedömning. Även denna får klienten ge sina synpunkter på.

I figuren finns en skiljelinje mellan de moment som innebär en direktkontakt med klienten och de moment som är av informationsbehandlande karaktär, markerade med mörk respektive ljus bakgrund. Med denna markering vill vi poängtera något viktigt: De ”icke standardiserade” metoderna gör inte någon åtskillnad mellan underlag och bedömning, inte heller mellan process och informationsunderlag.¹¹ I den standardi-

¹¹ Många forskare har visat vilka svårigheter detta leder till, t.ex. Askeland och Molven, 1993, Johnsson, 1999, Olsson och Petit, 1995.

serade bedömningsmetoden däremot, fyller åtskillnaden viktiga funktioner, vilka vi kort skall beröra.

När klientuppgifter sammanställs, bearbetas och slutligen presenteras på ett lättfattligt och överskådligt sätt, ger det ett underlag som är lika viktigt för båda parter. Han/hon får en klarare bild av vad som ligger till grund för intervjuarens bedömning, och ges en möjlighet att bidra med ytterligare synpunkter. För intervjuarens del ger det en möjlighet att stämma av med klienten och försäkra sig om att han/hon uppfattat klientens situation rätt. Förutom att villkoren på det här viset blir mer jämlika, blir den slutliga bedömningen väl övervägd och får en god förankring i klientens livssituation.

En viktig fördel med den standardiserade information som en strukturerad intervju ger, är således att underlaget kan presenteras på ett överskådligt och lättillgängligt sätt. Underlag och bedömning blir tydliga för både för intervjuare och klient. I det följande avsnittet, där vi kommer in på bedömningsgrunder och vad bedömningar kan användas till, ger vi några exempel på hur underlaget kan presenteras.

Bedömning utifrån ASI-underlag

Eftersom ASI-intervjun består av många frågor finns det ett stort antal att välja mellan när man sammanställer ett underlag för bedömning. Klientskattningen kan användas för att redovisa aktuell situation och hjälpbehov. Den kan kombineras med frågor om t.ex. antalet dagar av de senaste 30 dagarna som klienten har arbetat eller haft problem med arbete, har konsumerat alkohol eller upplevt problem. Man bör naturligtvis ta hänsyn till hela innehållet för samtliga livsområden när man bedömer klientens behov.

Ett exempel får visa vilken typ av information en ASI-intervju ger. Först några basfakta om klienten, som hämtats från grundintervjun.

Det gäller en 36-årig kvinna som har vårdutbildning och tillsvidareanställning inom hemtjänsten. Hon är gift, har barn och bor i egen bostad.

Hon lider av ledbesvär och får för närvarande behandling i form av värktabletter, men är för övrigt frisk.

Hennes alkoholproblem debuterade vid 16 års ålder. Sammanlagt har hon missbrukat alkohol, dvs. regelbundet konsumerat fem glas eller mer, under 12 år av sitt liv. Under drygt ett års tid har hon även använt smärtstillande medel. Under dessa år har hon genomgått tre avgiftningar och har sammanlagt behandlats vid sex tillfällen, i öppenvård och i psykiatrisk vård. Efter dessa behandlingar har hon haft 24 missbruksfria månader. Hon började åter missbruka för ett år sedan. Den senaste månaden har hon använt 1500 kronor till alkohol.

Klienten är gift sedan tio år med en man som är missbrukare. Periodvis har hon haft problem med att komma överens med maken. Psykisk misshandel har förekommit tidigare, liksom även under de senaste 30 dagarna. Under denna tid har hon blivit både fysiskt och psykiskt misshandlad.

Vad den psykiska hälsan beträffar har hon tidigare haft koncentrationssvårigheter. Hon har gjort tre allvarligt menade självmordsförsök. Hon har genomgått flera behandlingar för psykiska problem och de senaste 30 dagarna har hon upplevt allvarlig depression, ångest och haft allvarliga självmordstankar. Både nu och tidigare har hon ordinerats anti-depressiv medicin. (En ifylld intervju finns i bil.1).

Vi valde att presentera klientens uppgifter om antalet dagar med problem och hennes skattning av hjälpbehovet med hjälp av följande figur:

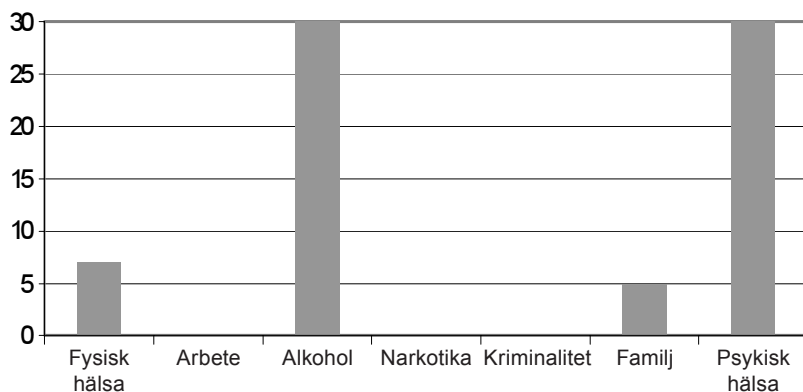


Fig. 4:2 Klientprofil för dagar med problem

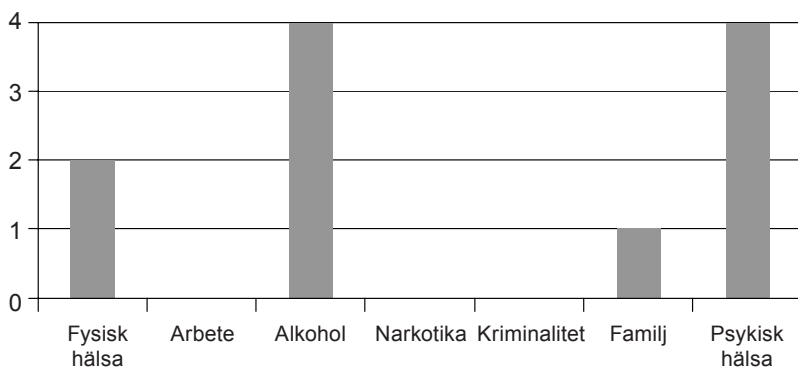


Fig. 4:3 Klientprofil för skattning av hjälpbehov

Förklaring: Överst det antal dagar som en klient haft problem med fysisk hälsa, arbete, alkohol, narkotika, kriminalitet och psykisk hälsa. Nedan klientens skattningar av problem med arbete, alkohol, familj och psykisk hälsa. Klienten gör sina skattningar på en skala från 0 till 4, där 4 står för ett mycket stort problem.

Det övre diagrammet visar hur många dagar av de senaste 30 dagarna som klienten uppger sig ha haft problem inom ASI-intervjuns livsområden. Diagrammet till höger visar klientens egen skattning av hjälpbehov inom samma livsområden.

Vad gäller antalet problemdagar kan vi utläsa att klienten har haft problem med den fysiska hälsan sju dagar, med alkohol 30 dagar, med familjerelationer fem dagar och med psykisk hälsa 30 av de senaste 30 dagarna. För livsområdena arbete, narkotika och kriminalitet/asocialitet finns inga problemdagar noterade.

Vad gäller alkohol och psykisk hälsa bedömer klienten sitt hjälpbehov som mycket stort. I diagrammet anges det med siffran 4 på skattningsskalan, vilket är det högsta värdet. Behovet av hjälp för familje- problem bedömer klienten som litet, 1, på skattningsskalan. För området fysisk hälsa är behovet av hjälp måttligt, vilket anges med siffran 2 på skattningsskalan. Klientprofiler som dessa ger, tillsammans med övriga uppgifter från intervjun, en god bild av klientens problem. Profilen visar även positiva sidor, t.ex. att klienten har arbete och utbildning och att hon inte har några relationsproblem med andra än maken.

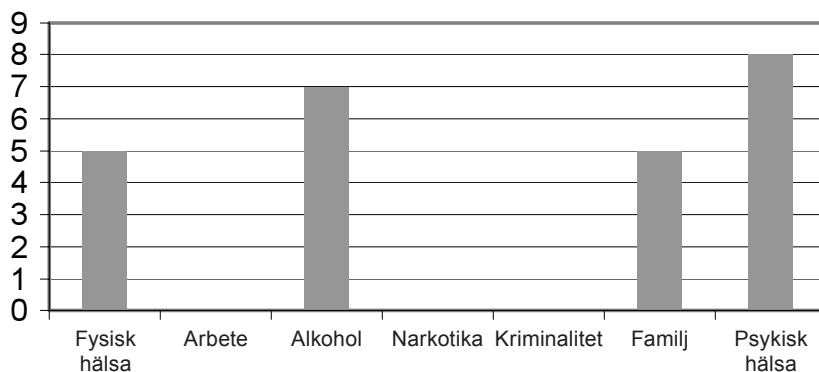


Fig. 4:4 Intervjuarens skattning

Förklaring: Intervjuarens skala har tio steg

När intervjuaren gör sin bedömning beaktar han/hon både klientens nuvarande situation och den tidigare. Intervjuaren tar också hänsyn till klientens egen skattning av problem och hjälpbehov. Intervjuarskattningen är ett verktyg som används för att kunna göra en samlad bedömning av klientens hjälpbehov. Hur man går tillväga kommer att framgå bättre i nästa kapitel.

Även intervjuarens skattning av hjälpbehovet kan presenteras i form av en graf. Intervjuarens skattning av kvinnan i exemplet framgår av figuren. Enligt intervjuarens bedömning har klienten ett uttalat problem som kräver behandling. Det gäller den psykiska hälsan, där intervjuaren markerat siffran 8 på skattningsskalan. Behovet av hjälp för alkohol bedöms som avsevärda, 7. Beträffande den fysiska hälsan och familjeproblem bedöms hjälpbehovet som måttligt, dvs. 5.

En preliminär bedömning skulle kunna bli att både den psykiska hälsan och alkoholproblemen bör prioriteras. Problemen kan vara kopplade till familjelivet och makens problem. Lämpliga insatser skulle kunna vara missbruksbehandling och kontakt med en psykiatrisk mottagning. En slutgiltig bedömning görs givetvis först då klienten tagit del av underlaget.

Utifrån detta exempel har vi i grova drag visat vad en bedömning av klientens behov går ut på. Vad detta bidrar med i klientarbetet kan verka uppenbart, men vi skall avsluta detta avsnitt med en kortfattad skiss som visar nyttan i klientarbetet.

Värdet i klientarbetet

Den bedömningsmetod som introducerats kan tillämpas i allt arbete med klienter som har problem med missbruk och andra närliggande sociala problem. Så långt har bedömningsmetodens första fas behandlats, dvs. den del som i första hand är aktuell före planeringen av en insats eller en behandling.

Metoden kan sammanfattas med hjälp av följande modell:

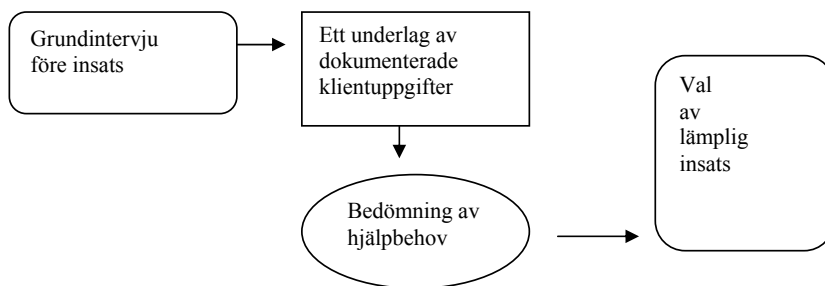


Fig.4:5 Bedömning av klientens hjälpbehov

Den kartläggning som en grundintervju resulterar i bildar underlag för en bedömning av klientens situation och hjälpbehov och indikerar vilken typ av insats (kan vara flera olika insatser) som klienten i första hand behöver. Den information som samlats in ger svar på några av klientarbetets mest centrala frågor:

- Inom vilket område hör klientens problem hemma?
- Vilket hjälpbehov har klienten?
- Vilken typ av insats är lämplig?
- Hur väl stämmer de tillgängliga insatserna med klientens behov?

En grundintervju före insats ger således information som man har stor nytta av i det praktiska arbetet, bl.a. som underlag för utredningar, behandlingsplanering och val av insats, vilket nästa kapitel kommer att handla om.

Det underlag som ASI-intervjun ger kan ibland resultera i bedömningar och beslut som skiljer sig från vad både klient och intervjuare förväntat sig. Insikter om tidigare okända problem eller helt nya aspekter på ett problem, kan leda till slutsatser som går stick i stäv med resultatet av tidigare utredningar, intervjuarens förställningar eller klientens önskemål. Sådana överraskningar bör inte betraktas som något negativt, utan som möjligheter till nya lösningar på klientens problem.

Följa upp hjälpbehov och insatser

När en insats är avslutad blir det aktuellt med en uppföljningsintervju. Syftet med denna är att ta reda på om insatsen har lett till en förändring för klientens del. Efter att klientuppgifterna har sammanställts, bearbetats och analyserats följer – på samma sätt som i första fasen – ett eftersamtal, där klienten får ta del av det bearbetade underlaget och intervjuarens bedömningar.

På samma sätt som vid grundintervjun bearbetas klientens uppgifter efter uppföljningsintervjun. Intervjuaren gör en första bedömning, informerar därefter klienten och rådgör med honom/henne för att komma fram till en rättvisande bedömning av hans/hennes situation och ytterligare behov.

Om klientens situation efter insatsen har förbättrats i ett eller annat avseende, kan detta utfall sättas i relation till klientens behov. Insatsens värde för klienten kan därmed bedömas. Vid en sådan bedömning jämförs klientens situation vid grundintervjun med situationen vid uppföljningsintervjun. Det visar sig då om klientens situation har förbättrats i något avseende, t.ex. vad gäller arbete och försörjning, alkohol- och narkotika eller familj och umgänge. Man kan använda flera olika frågor för att studera utfallet, men särskilt väl passar de s.k. 30-dagarsfrågorna om klientens faktiska förhållanden, kompletterade med klientens skattningar.

När resultatet av grund- och uppföljningsintervjun jämförs blir det möjligt att göra en ny bedömning av klientens situation, bedöma de insatser som genomförts samt bedöma om klienten har ytterligare behov av hjälp. Bedömningen av insatsens värde blir aldrig fullständig förän underlag och bedömningar har delgivits klienten och han/hon har fått bidra med sina synpunkter.

Bedömning av klientens utveckling

Även vid uppföljningen kan klientskattningarna av situation och hjälpbehov kombineras med andra 30-dagarsfrågor så att intervjuaren får en mer nyanserad bild av klienten. Oftast är ett underlag som innehåller många olika uppgifter att föredra. Visserligen ökar då risken att uppgifterna kommer att peka i olika riktningar, vilket komplicerar bedömningsarbetet, men det bidrar samtidigt till att göra bedömningen mer nyanserad.



Fig. 4:6 Alkoholproblem; antal dagar, klientens skattning och intervjuarens skattning

Förklaring: Figuren visar antal dagar med alkoholintag till berusning, skattning av hjälpbehov och intervjuarens skattning.

Figuren ovan ger några exempel på hur informationen kan sammanställas. Detta exempel gäller en klient som nyligen har genomgått behandling för alkoholproblem. Av figuren framgår att antalet dagar som klienten använt alkohol har minskat från 20 till två, vilket tyder på en avsevärd förbättring. Klientens egen skattning däremot, visar att han efter behandlingen skattar sitt problem som betydligt större än före insatsen. Som framgår av tabellen längst till höger tyder intervjuarens skattning däremot på en förbättring.

Klientens skattning efter behandlingen kanske förbryllar. Att han, trots en lägre alkoholkonsumtion, nu skattar sitt alkoholproblem som betydligt större än före behandlingen, kan emellertid vara en effekt av behandlingen. Klienten har fått stöd och lyckats hålla upp med sitt missbruk, men har tydligen också kommit till insikt om sitt alkoholproblem. Denna tolkning stämmer med intervjuarens skattning. Här kan man ta hjälp av klientens svar på andra frågor inom alkoholområdet, men man bör givetvis även fråga klienten själv om hans/hennes uppfattning om situationen. I det här läget bör man vara uppmärksam på om klienten har tagit till någon annan drog istället för alkohol. Om det inte finns några tecken på det, vågar man kanske dra slutsatsen att en betydande förbättring har skett, även om läget ännu är skört. Kanske bör man överväga att följa upp behandlingen med någon typ av stöd.

En förbättring inom ett visst område löser inte automatiskt problemen inom andra områden, utan kan tvärtom förvärra dem. Man bör

därför vara uppmärksam på att klienten kan behöva ytterligare stöd. En person som p.g.a. fängelsevistelser och droger dragit sig tillbaka från familjen kan, när han åter söker kontakt, få svårigheter med familjerelationerna. Klienten kan därför behöva stöd och hjälp att etablera nya kontakter. Det är inte heller ovanligt att de psykiska besvären ökar eller att arbetsituationen upplevs som mer problematisk.

Ett exempel

Ett exempel från Kungsholmens stadsdelsförvaltning i Stockholm ger ytterligare en illustration av hur ASI-intervjun kan användas i praktiskt klientarbete. Vi får här följa klientarbetet under längre tid och ta del av de avvägningar som en socialarbetare har gjort tillsammans med sin klient och av de beslut som fattas. Exemplet utgår från figuren nedan, som visar en sammansställning av en klients egen bedömning av sitt hjälpbehov, dels då han sökte kontakt med enheten, dels vid uppföljningstillfället.

Klienten är en 34-årig man, Sven, som vid första intervjutillfället levde ett utsatt liv som bostadslös och missbrukare. Han hade begått brott och umgåtts med kriminella, som nyligen utsatt honom för grovt våld. Diagrammet till vänster visar Svens skattningar av problemen vid första intervjun. Socialarbetaren konstaterar att den bild Sven ger i sina skattningar stämmer väl med hennes egen bedömning.

I samtalet som följer efter grundintervjun gör socialarbetaren först en muntlig genomgång av intervjun på det sätt som man alltid bör göra. Eftersom Sven lider av dyslexi är den muntliga genomgången särskilt utförlig. Hon visar honom även klientskattningsprofilen vid första intervjutillfället.

Profilerna visar att Sven skattar sina problem som mycket stora inom flera områden, bl.a. den fysiska hälsan. Den höga skattningen beror på fysiska åkommor som han ådragit sig vid överfallet. Sven skattar även sitt narkotikaproblem som stort – det var ju detta som var själva orsaken till att han sökte hjälp – liksom problemen med familj och psykisk hälsa. På basis av Svens och sina egna skattningar, drar socialarbetaren slutsatsen att hjälpbehoven är störst inom områdena fysisk hälsa, missbruk, familj och psykisk hälsa. Även arbete och kriminalitet får höga skattningar, men inte lika höga.

Under samtalet enas socialarbetaren och Sven om att det mest akuta problemet är bostaden. Om Sven skall kunna återhämta sig från det fysiska överfallet behöver han en egen bostad. Eftersom det ställs vissa krav på innehavaren av en bostad, bör det ge Sven incitament att avhålla sig från narkotika. Om han lyckas med det, bör det i sin tur minska riskerna för fortsatt kriminalitet. I det här skedet är Sven inte motiverad för missbruksbehandling utan vill försöka klara av sitt drogproblem på egen hand. Någon behandling blir därför inte aktuell vid detta tillfälle. Vid samtalet kommer man fram till att familjeproblemen kan förklaras av att Sven brutit kontakten med sin familj p.g.a. sitt missbruk. Han tror att han själv kan ta itu med sina familjeproblem om han lyckas avhålla sig från missbruket.

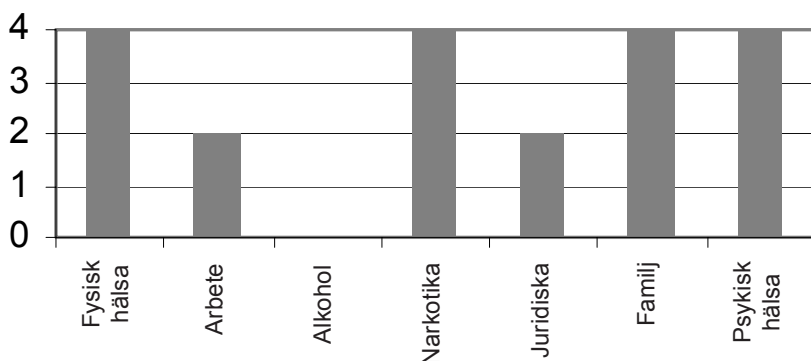


Fig. 4:7 Klientens skattningar av hjälpbehov vid grundintervjun

Sven har således stora problem inom flera områden. Det mest akuta bedöms dock vara att ordna bostad och skaffa en praktikplats. Resultatet blir att han flyttar till ett inackorderingshem och får hjälp med att hitta en praktikanställning. Man kommer överens om att följa upp insatserna efter sex månader.

Vid uppföljningsintervjun sex månader senare uppger Sven att han varit drogfri en längre tid och att han inte begått några nya kriminella handlingar. Han har återhämtat sig efter överfallet, han har återupptagit kontakten med sin familj och mår på det stora hela bättre. Att han nu skattar alkohol som ett område där han behöver hjälp beror på att han kommit till insikt om att hans alkoholkonsumtion utgör en risk att ”gå över gränsen och börja använda narkotika”.

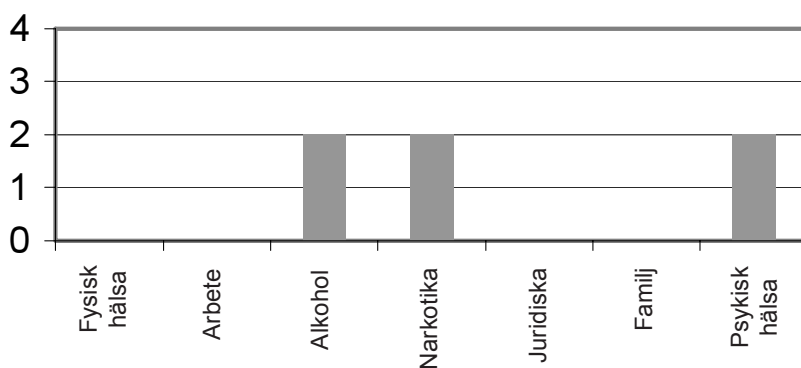


Fig. 4:8 Klientens skattningar av hjälpbehov vid uppföljningsintervjun

Förklaring: Profiler över en klients egna skattningar före, under och efter kontakt med socialtjänsten. Exemplet är hämtat från Anna-Lena Cronqvist (2003). ASI-intervjun i klientarbetet i Nyström (2003), Siv (red) *Metoder för missbrukarvården*. En rapport från CUS.

Sven skattar att han inte har något ytterligare behov av hjälp med arbete och försörjning. Han menar att det kommer att ordna sig när han väl har fått bukt med sitt missbruk av alkohol och narkotika och börjat må psykiskt bättre. Hans psykiska tillstånd har förbättrats något eftersom han påbörjat behandling med psykofarmaka. De psykiska problemen har sin grund i svåra upplevelser i barndomen och tar sig uttryck i återkommande depressioner och ångest. Detta gör honom extra benägen att ta till både alkohol och narkotika. Han avböjer emellertid ett erbjudande om att gå vidare med narkotikabehandling, eftersom

han tror att jobbet och den fortsatta medicineringen kommer att hjälpa honom att avhålla sig från missbruk. Socialarbetaren och Sven är överens om att de två prioriterade områdena är alkohol/narkotika och psykisk hälsa, men eftersom Sven inte känner sig motiverad för behandling avvaktar man tills vidare.

Efter ytterligare någon månad har Sven återfallit i både alkohol- och narkotikamissbruk och har även ägnat sig åt viss kriminalitet. Det föranleder honom att återigen söka upp socialarbetaren för ett samtal. De två tidigare intervjuerna har visat att Sven har ett missbruksproblem och att han är i behov av en behandling, som är inriktad både på beroende och psykisk hälsa. Sven kommer väl ihåg bedömningarna efter de tidigare intervjuerna och han känner sig nu beredd att genomgå en behandling. Socialarbetaren börjar därför söka efter ett lämpligt behandlingshem som Sven kan tänkas acceptera.

Efter fyra månader på behandlingshemmet görs ytterligare en uppföljningsintervju, den tredje. Den här gången skattar Sven sitt hjälpbehov till noll på samtliga områden. Han har fortfarande problem inom områdena alkohol och psykisk hälsa, men eftersom han bedömer att den hjälp han får är tillräcklig, behöver han inte några ytterligare insatser.

Exemplet visar vilka överväganden som socialarbetaren gör i olika faser av klientarbetet. Som vi såg använde sig socialarbetaren av ASI-information både för att bedöma klientens behov, välja insats och följa upp klienten. Kartläggningen av klientens situation, liksom klientens och intervjuarens problemprofiler, visade problem inom flera områden. Det blev tydligt att klienten, förutom problem med bostad och fysisk hälsa, även hade stora problem med missbruk och med sin psykiska hälsa. Under samtalet försökte socialarbetaren motivera honom för behandling, men eftersom han inte var intresserad av det vid det första eftersamtalet, nöjde sig socialarbetaren med att hjälpa till med att lösa de akuta problemen. När klienten misslyckats med att upphöra med sitt missbruk på egen hand, kom han till insikt om att han behövde behandling. Trots att det i ett tidigt skede visade sig att han skulle behöva behandling, var socialarbetaren lyhörd för hans egen bedömning.

Värde i klientarbetet

Information om och i vilka avseenden klientens situation förändras över tid kan användas för att bedöma vilket resultat en insats har haft för klientens del. De förutsätter dock att intervjuer har genomförts både före och efter en insats. Förutom att informationen kan relateras till insatsen, kan den relateras till den handlingsplan och de mål som formulerats för klienten.

När resultatet relateras till insatsen ger det svar på flera frågor av stor vikt i klientarbetet, frågor som rör insatsens värde för klienten, t.ex:

- Har klientens situation förändrats?
- Har klienten blivit hjälpt?
- Har målen uppfyllts?
- Har handlingsplanen fungerat?
- Var insatsen den rätta?
- Behövs ytterligare insatser?

En förbättring av klientens situation kan bero på insatsen, men det kan också finnas andra förklaringar. I vilket fall kan kontakten avslutas om klienten är nöjd med sin nuvarande situation. Bilden är dock sällan så entydig och enkel. Förbättringen kanske inte är tillräcklig för att helt avsluta kontakten eller också har situation förbättrats, men inte i det avseende som förväntats. Frågan om behov av ytterligare hjälp blir då aktuell. Det förekommer givetvis också att klientens situation försämrats under tiden som insatsen pågått. Det väcker frågor både om insatsens lämplighet och om ytterligare behov.

Några användningsområden

Kartläggning och bedömning av klientens situation och behov ger, som nämnts, ett underlag för det fortsatta arbetet med att planera behandlingsinsatser, utreda, välja insats och följa upp handlings- och behandlingsplaner. Underlaget kan även komma till användning om det blir aktuellt att samarbeta med andra myndigheter eller organisationer. Här vill vi med några exempel visa hur en standardiserad klientbedömningsmetod, baserad på ASI-intervjun, har börjat användas i praktiskt arbete.

Social utredning

I missbrukarvård, kriminalvård och beroendevård görs många olika typer av utredningar. Socialtjänsten utreder alla ärenden som kan bli föremål för beslut om t.ex. vård, behandling eller andra insatser. Inom kriminalvården görs personundersökningar inför domstolbeslut som kan innebära fängelse. Det finns i dessa fall en skyldighet att dels göra en tillfredställande utredning, dels inhämta den information som behövs för utredningen.

När ett ärende har aktualiserats och förhandsbedömningen visar att någon form av åtgärd bör komma ifråga, är socialtjänsten skyldig att genomföra en utredning. Utredningen fyller således en central funktion. Arbetet med att samla in, dokumentera, bearbeta och sammanställa information samt skriva en utredning kräver en betydande arbetsinsats. Idag bygger den sociala utredningen ofta på information från utredningssamtal med klienten, men även på andra personers uppgifter och material som samlats i den sociala akten, t.ex. journaler, sakutlåtanden, handlingsplaner och beslut.

Sociala utredningar har kritiserats för att de saknar *beskrivningar av det problem* som klienten söker hjälp för och för att *information om klientens egen uppfattning*, utveckling och förbättring sällan beskrivs. Ofta saknas också information om behandlarens bedömningar och om vad behandlingsarbete och insatser innebär. Flera forskare har också påpekat att om man dokumenterar ärendehandläggningen men inte den information som har med klientens utveckling och behandling att göra, finns det en risk att det sociala arbetet förblir osynligt och betraktas som något utöver själva ärendehandläggningen (Blakstad Tveito, 1998, Bernler och Johnsson, 1993, Johnsson, 1999).

Sociala utredningar skall innehålla tillräcklig, väsentlig och korrekt information och skall baseras på fakta av betydelse. De bör dessutom genomföras utan dröjsmål. (Prop.1996/1997: 124 Socialtjänstlagen 11:1,11:5.) Mot den bakgrunden skulle det finnas en poäng med ett informationsunderlag av det slag som produceras av ASI-intervjun. För det första ger ASI-intervjun en allsidig och relevant bild av klientens situation. För det andra innehåller den även klientens egen bedömning av problem och hjälpbehov. För det tredje ger ASI-inter-

vjun neutral och standardiserad information, vilket ger ett bättre beslutsunderlag. Detta förbättrar socialarbetarens möjligheter att

- basera sina beslut på neutrala, relevanta och systematiskt inhämtade uppgifter och göra en helhetsbedömning
- förhålla sig neutral i förhållande till klientuppgifterna
- fokusera på klientens problem och behov
- skilja mellan underlag, bedömning och beslut.

För att göra utredningarna bättre bör man vinnlägga sig om att de skall innehålla *korrekta uppgifter* som inte är nedsättande för klienten och som baseras på relevant information (Tengvald 1997). De sociala utredningarna bör vidare *definiera problemet* och innehålla en kartläggning över klientens situation samt ge en *översikt över klientens utveckling* över tid (Askeland och Molven, 2001). Bedömningen av hjälpbehov skall inte föregå problembeskrivningen och problemen bör beskrivas så väl att man kan bedöma vilka insatser som är nödvändiga och, efter insats, om målen har uppnåtts (Johnsson, 1999). Den bör innehålla *en plan* för det vidare arbetet, som bygger på en analys av problemen och behoven (Johnsson, 1999, s. 71). Den bör också skilja mellan inslag av objektiv beskrivning, subjektiva tolkningar och bedömningar samt beakta klientens *delaktighet* och rätt till insyn (Olsson & Petit, 1995, Törngren, 1996).

Med en mer allsidig, neutral och systematisk information, som även tar hänsyn till klientens behov – vilket ASI-intervjun ger – skulle utredningar och beslut kunna förbättras och många av de problem som tidigare forskning pekar på, skulle kunna elimineras.

På flera håll har missbrukarvården inom socialtjänsten börjat använda ASI-intervjun som grund för sina utredningar. I Jönköpings kommun har man lagt in ASI-intervjun som en del i utredningsmallen. De flesta utgår från datorversionens textredovisning som korrigeras och anpassas. Förfaringssättet har medfört att utredningarna blivit mer utförliga och att skillnaden mellan underlag och bedömning blivit tydligare.

Val av behandling

Som exemplet från Kungsholmens stadsdelsförvaltning här ovan visar (klienten Sven), underlättar ASI-intervjun valet av insats. Problem och hjälpbehov inom de olika livsområdena ger en anvisning om vilken typ av insats som kan komma ifråga. Men det krävs ytterligare information, både om klienten och om insatsen.

Dels behövs *bakgrundsinformation om klienten*. Förhållanden som ålder, kön, bostadsort, familjeförhållanden etc. kan ha betydelse för valet av behandling eller behandlingsenhet. Beroende på familjeförhållanden är kanske en behandling i klientens närhet den mest lämpliga i ena fallet, medan en behandling vid en specialistenhet på annan ort är lämpligast för en klient med andra familjeförhållanden. Ibland har vissa behandlings- eller insatsgivare specialiserat sig på en viss åldersgrupp eller på ettdera av könen, och då är bakgrundsinformationen nödvändig.

Dels *behövs information om insatserna*. Vilken målgrupp inriktar sig insatsen på, vilket arbetssätt och vilka metoder används, vilken kompetens finns, vilken typ av enhet rör det sig om, är det en öppen eller en slutet enhet, är det fråga om dagvård eller institutionsvård osv. Allt detta är nödvändig information när man står inför valet av insats.

I den information som institutioner och behandlingshem tillhandahåller anges ofta inriktningen i termer av vilken målgrupp som insatsen riktar sig till. T.ex.: ”Vi arbetar med misshandlade kvinnor med psykiska problem” eller: ”Vi är en öppenvårdsmottagning för bostadslösa missbrukare”. Ibland uppger man vilken värderingsgrund eller behandlingsideologi som arbetet grundas på, ibland upplyser man om vilken modell eller metod som används. Att arbeta utifrån en kristen grundsyn, enligt Minnesotamodellen, enligt metoder som är psykodynamiska, lösningsfokuserade eller kognitiva, är vanligt förekommande. Däremot ser man mer sällan konkreta beskrivningar eller att kriterier för uteslutning anges (t.ex. ”Vi accepterar inga mediciner”). Det är inte heller vanligt att man anger vilka resurser man har eller vilka resultat som kan förväntas, på basis av utvärderingsresultat. Mer utförlig information om institutioner och behandlingshem skulle göra det lättare att välja den mest lämpliga av tillgängliga insatser för klienterna.

Inför valet av insats behöver man även information om vilka hinder som kan föreligga för en viss insats, både från *klientens och vårdgivarens* sida. Om en klient avtjänar en kriminalvårdspåföljd eller är om-

händertagen enligt exempelvis LVM, begränsar det valet av insatser. Beträffande vårdplatsen kräver kanske finansären att det finns ett upphandlingsavtal, i andra fall kanske vårdplatsen måste beställas vid en speciell vårdinrättning. En vårdenhet som tar emot klienter måste kanske uppfylla vissa krav för att få ta emot klienter från kriminalvården eller måste kanske ha ett godkännande från kommunen för att få ta emot klienter.

Man behöver även känna till de regler och rutiner som de olika institutionerna följer vid valet av behandling för klienten. Det kan vara enklare – och ibland kanske billigare – att välja den ”vanliga” insatsen framför en annan insats. För att frånga de vanliga rutinerna och välja en annan insats krävs ibland speciella skäl. Om man då har gjort en utredning som innehåller en professionell bedömning, baserad på exempelvis ASI-intervjun, ger det en ökad tyngd åt argumentationen.

Man måste även ta hänsyn till formella krav när man väljer insatser för klienternas del. Ibland har klienter egna önskemål om behandling, som står i strid med regler eller krav av formellt slag.

För att beskriva en insats eller utbudet av aktiviteter på ett sätt som kan jämföras, kan ASI kompletteras med andra metoder.¹²

Behandlingsplanering

Information från ASI-intervjun kan även användas vid behandlingsplanering, som innehåller flera steg. I det första steget försöker intervjuaren skapa sig en *allsidig och relevant bild* av klientens situation. I det andra steget görs en *bedömning av klientens behov* och i det tredje steget försöker man *relatera klientens behov till möjliga insatser*. (Melin, Näsholm, 1998). ASI-intervjuns faktainriktade frågor om klienternas nuvarande situation och tidigare förhållanden,

¹² MAPS tillhandahåller grundläggande information som t.ex. huvudsaklig målgrupp, var i vårdkedjan enheten bedriver sin verksamhet, kapacitet, personalredovisning, lagrum. MAPS tar fasta på de faser i klientens förändringsprocess inom de olika områdena som insatserna huvudsakligen fokuseras mot. Man kan här t.ex. sammanställa resursprofiler som kan jämföras med klientens problemtyngd utifrån intervjuarskattningsprofiler. Matchning kan göras visuellt genom att jämföra intervjuarens skattningar av problemtyngd och klientens aktuella förändringsfas med ett resursfördelningsindex. Med denna typ av information skapas möjligheter att välja en insats som åtminstone har så goda förutsättningar som möjligt att hjälpa klienten (Haack, m.fl., 2003, Öberg, 2004).

i kombination med klientens egen bedömning, ger en god bild av klientens problem och förmåga. Tillsammans med annan kunskap om klienten blir informationen från intervjun ett fullgott underlag för den bedömning som följer i nästa steg.

Kartläggningen med ASI-intervjun ger en grov anvisning om inom vilket eller vilka områden klienten i första hand bör söka hjälp. Att bedöma klientens situation, som ofta rymmer komplexa problem, kräver såväl kunskap som professionell kompetens. Även om ASI-intervjun i sig kan genomföras av personer som inte är professionella inom området, bör bedömningar lämnas till den yrkeskunniga inom området.

Även behandlingsplaneringen bör följas upp och då är uppföljningsintervjun viktig. Informationen från den visar hur klientens situation och behov har utvecklats samt i vilka avseenden situationen förbättrats eller försämrats. Som framgått tidigare ger jämförelsen en uppfattning om huruvida insatsen motsvarar den enskilde klientens behov. Även vid denna bedömning är professionell kompetens nödvändig.

Överlämning och remittering

När en klients hjälpbehov bedömts och man har kommit överens om en viss behandling, överlämnas utredningen till behandlingsenheten. Har man då information som baseras på ASI-intervjun, plus en bedömning av klientens situation och hjälpbehov, kan detta underlag utgöra värdefull information även för behandlingsenheten. Dels visar det på vilka grunder behandlingen har bedömts vara lämplig för klienten, dels kan det även ligga till grund för behandlingsenhetens planering. Överlämnandet av utredningen bör göras med klientens samtycke och gärna i form av ett samtal mellan utredaren, behandlaren och klienten.

Om ASI-intervjun genomförts väl betyder t.ex. intervjuarskattningarna ungefär samma sak, oavsett vem som genomfört intervjun. Information från dessa kan därför användas även när klienter remitteras till andra vårdsektorer. Varje livsområde i intervjun ger indikationer som visar om en fördjupad utredning och bedömning kan behövas. Beroende på vilka resurser man har till sitt förfogande, kan man – genom att ange ett normalvärde – bestämma när en intervjuarskattning inom ett område skall vidareremitteras till fördjupad utredning.

Samarbete mellan myndigheter

Med de senaste årens ökande användning av ASI-intervjun inom olika sektorer, öppnas nya möjligheter för samverkan mellan myndigheter och vårdgivare. Ett exempel finns inom svensk LVM-vård och kriminalvård. Kriminalvården har ett dubbelt uppdrag: att hjälpa klienter och skydda samhället från brott. I arbetet med att minska risken för återfall i kriminalitet förenas dessa båda uppdrag. Eftersom risken för återfall ofta har att göra med klientens psykiska ohälsa, med missbruksproblem eller svårigheter att relatera till andra, kan ASI-information användas för att bedöma när andra experter, t.ex. psykolog, ekonomisk rådgivare eller familjeterapeut, bör kopplas in. Kriminalvården har ibland svårigheter att få till stånd ett samarbete med andra vårdgivare, men när man nu har valt att införa ASI-intervjun i hela verksamheten hoppas man kunna underlätta samarbetet med andra vårdaktörer.

Eftersom ASI-intervjun även i Sverige har fått fäste inom flera områden – socialtjänst, statliga och privata behandlingshem, beroendesjukvård, psykiatri och kriminalvård – ökar möjligheterna till samarbete. Detta skulle även kunna medföra ett bättre utnyttjande av resurserna. För enskilda klienter betyder den ökade användningen av ASI-intervjun att man snabbare skulle kunna lokalisera det/de område(n) där klienten har störst behov av hjälp, vilket i sin tur skulle innebära att klienten snabbare kunde ges en adekvat insats.

I Härnösands kommun planerades ett försök att utveckla ett samarbete mellan olika myndigheter för att kunna identifiera klientens behov så tidigt som möjligt. Problemet har varit att många personer slussats från skolan till arbetsmarknadsaktiviteter eller till insatser via socialtjänsten utan att ha blivit hjälpta. I vissa fall har det tagit många år att upptäcka att klienten har behov av andra insatser än exempelvis arbetsaktiviteter. Sociala behov som har att göra med exempelvis missbruk eller psykisk problematik, upptäcks inte därför att kompetens och lämpliga verktyg saknas. I kommunen uppskattar man att 150–160 personer, som deltar i olika aktiviteter, inte kan erbjudas rätt insatser. Man föreslog därför ett samarbete mellan socialtjänstens ekonomiavdelning, arbetscentrum, arbetsförmedlingen, landstinget och försäkringskassan, för att kunna upptäcka klienternas behov i ett så tidigt skede som möjligt.

Ibland finns det anledning att tro att klienten har andra behov än de insatser som kan erbjudas inom ekonomiavdelningen, genom arbetsförmedlingen eller arbetscentrum. Då gör enheten en social utredning

med ASI-intervjun som bas, enligt förslaget. Därefter presenteras resultatet för ett arbetslag med representanter för alla dessa enheter och myndigheter. ASI-uppgifterna ligger som grund för bedömning av problemen och för bestämning av inom vilka områden klienten behöver hjälp. Arbetslaget tar ett gemensamt ansvar för den fortsatta kontakten med klienten och för lösningen av problemen. Allt enligt förslaget.

Ett sådant samarbete kan även underlätta förståelsen mellan olika myndigheter. Inom varje myndighet har man sina speciella uppgifter att lösa. Den uppfattning man bildar sig om klientens problem och behov påverkas ofta av hur en enhet eller en yrkesverksam har definierat sin uppgift. Man talar olika ”språk” och dessa ”kulturkrockar” får ofta negativa konsekvenser för klienten. Dels förlängs den tid det tar att upptäcka klientens problembild och besluta om lämplig insats, dels riskerar man att förlora helhetssynen på klienten. Detta har givetvis också negativa konsekvenser för samhället, eftersom resurserna inte utnyttjas effektivt.

Kapitel 5

Bedömningsmetoden steg för steg

Som framgått kännetecknas ASI-intervjun av en viss struktur och form. När vi nu närmar oss en redogörelse för arbetets gång blir detta mycket tydligt. Vi skall i detta kapitel kort redogöra för hur ASI-intervjun kan genomföras, från förberedelsestadiet till det avslutande samtalet med klienten.

Förberedelser

Noggranna förberedelser och tydlig information är nödvändigt i ett klientarbete som utgår från ASI-intervjun. Redan vid någon av klientens första kontakter med enheten bör han/hon få information om ASI-intervjun, antingen skriftligt eller vid ett förberedande samtal. Informationen, som kan innehålla uppgifter om intervjuns syfte, dess omfattning och hur informationen kommer att användas, bör vara tydlig och konkret. Det förmedlar ett professionellt förhållningssätt och skapar positiva förväntningar. En folder med information om ASI-intervjun, tid och plats för intervjun, namn och telefonnummer, kan vara lämpligt att ge.

Här är ett exempel på vad man kan säga inför grundintervjun:

Nästa gång vi träffas kommer jag att kartlägga din situation med hjälp av ASI-intervjun, som innehåller frågor om fysisk och psykisk hälsa, arbete- och försörjning, familjesituation, alkohol- och narkotikaanvändning och kriminalitet. Intervjun tar ungefär en timme. Syftet med intervjun är att få en uppfattning om dina problem och hur de hänger ihop.

Därefter bokar vi tid för ett nytt möte. Då kommer du att få ta del av resultaten från den första intervjun, som jag har sammanställt. På det viset kan jag också kontrollera att jag har uppfattat din situation rätt och att jag inte har missat något viktigt. Vi kommer att diskutera vilka behandlingsinsatser som kan vara lämpliga och hur vi ska gå vidare. Verkar detta bra för din del? Här får du en folder, som du kan ta med dig. I den finns information om ASI-intervjun.

Inför uppföljningsintervjun kan man säga:

Du kommer kanske ihåg att vi pratade om att följa upp hur det går för dig efter ett halvår. Nu har den tiden snart gått och därför undrar jag om vi skulle kunna träffas för en uppföljningsintervju. Syftet med den intervjun är att bedöma om du har haft någon hjälp av de insatser som du har tagit del av. Vi är intresserade av om insatserna har lett till någon förbättring för dig och om du behöver ytterligare hjälp.

I samband med uppföljningsintervjun finns särskilda problem. Klienten är kanske inte längre aktuell vid vårdenheten när intervjun skall genomföras och/eller känner sig inte motiverad att ställa upp på en uppföljningsintervju. Har klienten ordnat upp sina problem och exempelvis börjat arbeta kanske han/hon varken vill eller kan besöka vårdenheten. Vissa klienter kan avböja erbjudandet om en uppföljningsintervju av andra skäl, t.ex. för att de vill dölja återfall eller undvika kontroll. Men alla är inte negativa; vissa välkomnar en intervju och ser den som en möjlighet till en förnyad kontakt.

Klientens motivation för att delta i uppföljningsarbetet kan förbättras om man tidigt informerar om uppföljningsintervjun och förklarar varför den är viktig. Ta därför som vana att informera klienten redan vid första intervjutillfället och gör det återigen i samband med att kontakten avslutas.

Förbereda intervjun

Det är lämpligt att genomföra grundintervjun ganska snart efter det förberedande samtalet. Både klienten och intervjuaren bör vara väl förberedda. Intervjuaren, som har ansvar för intervjun, bör komma ihåg att

- lägga klientens namn och ålder på minnet. Uppgifterna kan föras in under allmän information i ASI-formuläret redan före intervjun.
- boka ett rum om det behövs och se till att det kan disponeras under minst 90 minuter.
- se till att det finns tillgång till toalett och något att dricka.
- stänga av alla telefoner.
- se till att klientens skattningsskala finns på papper.

Under intervjun bör intervjuaren förmedla att klienten är välkommen, respekterad och uppmärksammad, för att på så sätt skapa ett positivt och konstruktivt samtalsklimat. Klientens frågor om exempelvis sekretess och dataregister skall besvaras på ett ärligt och sakligt sätt.

Förutsättningarna för att det skall bli ett bra samtal ökar om man ger klienten möjlighet att själv välja om han/hon vill delta i intervjun efter att ha tagit del av den inledande informationen. Ett professionellt förhållningssätt är viktigt. Det innebär bl.a. att kunna visa empati utan att bli personligt eller känslomässigt involverad – klienten skall inte behöva ta ansvar för intervjuarens känslor. I det professionella förhållningssättet ingår också att förhålla sig neutral och att inte värdera den information som klienten lämnar.

När man kommer till själva intervjun, det gäller både grund och uppföljningsintervjun, bör intervjuaren först informera om

- avsikten med intervjun och huvudinnehåll
- frågornas omfattning och tidsåtgång
- att vissa frågor kan uppfattas som känsliga
- att klienten kan avstå från intervjun eller avbryta den när som helst samt att han/hon kan avstå från att besvara vissa frågor.

Informationen bör hållas kort och vara lätt att förstå, men samtidigt bör den vara så heltäckande som möjligt. En introduktion kan låta ungefär så här:

Jag är glad att du kunde komma. Idag skall vi göra ASI-intervjun (uppföljningsintervjun) som vi pratade om senast. Jag tänkte börja med att berätta litet om vad intervjun går ut på.

ASI är, som du kanske kommer ihåg, en intervju med frågor om din livssituation. Den innehåller frågor om fysisk hälsa, arbete, familj och sociala relationer, alkohol- och narkotikaanvändning, kriminalitet och psykisk hälsa.

(Visa gärna frågeformuläret för klienten).

Sammanlagt är det ungefär 180 frågor (150 frågor) och intervjun tar ungefär en timme (30 minuter). Dina svar på frågorna blir en kartläggning av din livssituation och ger både mig och dig möjlighet att förstå vad du behöver hjälp med och hur vi ska gå vidare (att följa upp vad som hänt sedan den första

intervjun gjordes). De uppgifter som du lämnar kommer jag att sammanställa, så att du och jag kan diskutera dem nästa gång vi träffas. Intervjun kommer att förvaras i din akt och informationen kommer att läggas in i en databas. Både det material som ligger i akten och det som ligger i databasen är sekretessbelagt. Det innebär att ingen annan får ta del av det utan ditt medgivande.

Har du några frågor? (*Ge klienten tid att tänka efter.*)

Innan vi börjar vill jag säga att det kan finnas frågor som är känsliga och som du kanske inte vill svara på. I så fall ber jag dig att säga till. Säg bara ”Det vill jag inte svara på”. Det är bättre att du inte svarar än att du säger något som inte stämmer.

Jag föreslår att vi går igenom hela intervjun och om du vill ta upp något särskilt så gör vi det efteråt. Om du skulle vilja avbryta intervjun så säg till. Då kan vi – om du vill – fortsätta någon annan gång.

Efter varje livsområde kommer jag att be dig att skatta, dels hur oroad och besvärad du är vad gäller det aktuella området, dels i vilken mån du tycker att du behöver hjälp med problem inom området. Skattningen gör du på den här fem-gradiga skalan som du kan ha framför dig under intervjun.

Om ramarna kring samtalet är tydliga, skapar det förhoppningsvis en trygghet för klienten.

Det är inte ovanligt att intervjuare, som saknar tidigare erfarenhet av strukturerade intervjuer, upplever problem med den förändrade yrkesrollen. Man kan känna sig osäker eller generad och det händer t.o.m. att man försöker be om ursäkt för intervjun. Man bör då komma ihåg att de flesta klienter inte är negativa till strukturerade intervjuer. Tvärtom har det visat sig att klienter i allmänhet både har positiva förväntningar inför ASI-intervjun och att de efteråt upplever den som något positivt.

Det kan emellertid hända att klienten verkar orolig eller bekymrad inför intervjun. Fråga då om något är oklart eller känns oroande. Om klienten t.ex. missuppfattat hur lång tid intervjun kommer att ta (”Oj, då hinner jag inte hämta ungarna på dagis”) eller ifrågasätter sekretessen, bör man försöka reda ut problemen innan man går vidare med intervjun. Om klienten inte klarar av att genomföra hela intervjun, kan man dela upp den på flera tillfällen.

Genomföra intervjun

Syftet med ASI-intervjun är att få en saklig och neutral beskrivning av klientens situation. Med hjälp av frågorna försöker man fånga in faktiska skeenden, beteenden och klientens upplevelser av olika situationer. Därför innehåller varje livsområde dels sakinriktade, ”objektiva”, frågor om förhållanden tidigare i livet och om aktuella förhållanden, dels frågor om subjektiva upplevelser av problem och hjälpbehov. Klienterna bedömer subjektivt oro och besvär samt sitt hjälpbehov på en femgradig skala. Intervjuaren skattar problemtyngd på en tio-gradig skala.

Exempel

Hur många gånger har du legat på sjukhus över natten för fysiska sjukdomar eller skador?

Hur oroad eller besvärad har du varit för dessa arbetslöshetsproblem?

De sakliga och neutrala frågorna är tänkta att hjälpa klienten att beskriva problemen, dess karaktär och omfattning, på ett sakligt och neutralt sätt, så att de faktiska förhållandena kan skiljas från de känslor som dessa väcker hos klienten själv eller hos andra. Oavsett vad klienten berättar, skall intervjuaren inte lägga in några värderingar.

Markera övergångar

När man väl har kommit igång med intervjun är det viktigt att *markera övergången* från ett frågeområde till ett annat. Man gör det genom att introducera varje frågeområde.

Exempel

Nu har vi klarat av frågorna om arbete och försörjning. De frågor som nu följer handlar om alkohol- och narkotikaanvändning.

Möta starka känslor

Det är inte ovanligt att klienten blir starkt känslomässigt berörd under intervjun. Han/hon kan ha begått handlingar som normalt väcker starka känslor, t.ex. sexuella övergrepp. Det kan också visa sig att klienten själv varit offer för våld och övergrepp. Även när klientens uppgifter rör upp känslor hos intervjuaren är det viktigt att han/hon behåller en

saklig och neutral attityd. Detta signalerar till klienten att det är möjligt och tillåtet att prata om känsliga frågor.

Exempel

Du har suttit inne för misshandel. Hur många månader?

Alla tecken på oro eller upprördhet hos klienten bör intervjuaren bemöta med en empatisk attityd. I vissa fall kan intervjun behöva avbrytas.

Exempel

I: Jag märker att du inte gärna pratar om detta

K: Ja, det gör mig fortfarande ursinnig.

I: Det förstår jag verkligen ... Skall vi gör en kort paus?

K: Ja, det vore bra.

Om man bekräftar klientens känslor utan att tvinga honom/henne att gå djupare in på problemet visar man respekt. När intervjun är genomförd kan man återknyta till situationen och fråga om klienten har behov av att prata mer om problemet eller behöver hjälp med att bearbeta det. Många av de frågor man ställer kan väcka en djupare liggande problematik, men eftersom syftet här är att göra en kartläggning, försöker man i möjligaste mån undvika att gå in djupare i problematiken. Om klienten tydligt visar att han/hon vill fortsätta samtalet kan intervjuaren t.ex. föreslå ett nytt samtalstillfälle. Ibland kan det bli nödvändigt att avbryta klientens berättelse under den pågående intervjun, med förklaringen att detta verkar så viktigt att man kommer att fördjupa sig i ämnet efter intervjun.

Om klienten i exemplet ovan hade börjat tala om sina erfarenheter av våldtäkt, hur skulle man då gå tillväga?

Exempel

I: Det är fruktansvärda händelser du har varit med om, och som jag förstår att du har behov att tala om. Om du vill kan vi boka en tid för att fortsätta samtalet om just detta.

Ibland, men mycket sällan, kan det vara nödvändigt att avbryta intervjun för att istället prata om ett akut problem. Då får man boka en ny tid för intervjun.

Exempel

I: Det är fruktansvärda händelser du har varit med om, som jag förstår att du har behov att tala om. Om du vill kan vi boka en ny tid för ASI-intervjun och istället prata om just detta.

Oavsett om man väljer den första eller den andra strategin har intervjuaren ett ansvar för att inte lämna klienten ensam med sina tankar och känslor. I slutenvård kan det innebära att göra vårdpersonalen uppmärksam på att klienten behöver extra uppmärksamhet. I öppenvård kanske intervjuaren själv kan avsätta tid för samtalsbehandling eller remittera klienten till någon annan behandlare. Även om det ofta kan kännas frestande att ta sig an problemet på en gång, är det upp till intervjuaren att bedöma om det kan vänta till en senare tidpunkt.

Klargöra svaren

Det är viktigt att intervjuaren försäkrar sig om att klienten förstår frågan och att han/hon förstår klientens svar. För att få klienten att förstå frågans intention kan man behöva omformulera frågan, konkretisera och ge exempel.

När man vill få en situation tydligare beskriven fyller s.k. öppna frågor sin funktion. Vanliga inledningar på denna typ av frågor är: *Hur* (ser du själv på ...)? *Var* (gjorde ...)? *När* (hände ...)? *Vilka* (problem uppfattar du som ...)? etc.

Man kan också be om konkreta exempel och kontrollera att man uppfattat rätt genom att omformulera klientens svar. Denna samtals-teknik är vanlig i motiverande intervjuer och har ett värde framför allt i feedback-situationen.

Frågan *varför* bör däremot undvikas. ASI söker inte klientens motiv eller orsakerna till en situation eller ett problem. ASI-intervjun intresserar sig för klientens situation, problem och behov av hjälp samt hur situationen upplevs här och nu. Intervjuaren accepterar därför klientens beskrivning av situationen och dennes subjektiva uppfattning i intervjuögonblicket.

Bearbeta och bedöma

När själva intervjun är slut börjar en bearbetningsfas för både klienten och intervjuaren. Intervjuarens och klientens bearbetning skiljer sig dock drastiskt åt.

För klienten handlar det om att smälta de frågor som han/hon har fått och att begrunda sina svar. Frågor av det slag som ASI-intervjun innehåller väcker minnen och aktualiserar olika situationer i klientens liv. Tidigare problem blir belysta i ett nytt perspektiv, och detta kan starta en bearbetningsprocess. Många intervjuare har erfarenhet att klienter har hört av sig efter en tid för att de vill utveckla sina svar, vilket tyder på att intervjun har satt igång en inre process. Intervjuaren har ett ansvar för att hjälpa klienten vidare i bearbetningen, antingen genom att ha egna samtal med klienten eller genom att remittera till någon annan. Intervjuaren har även ett ansvar för att lämna information till den som ansvarar för klientärendet.

För intervjuarens del innebär bearbetningsfasen ett systematiskt arbete med att sammanställa, bearbeta och analysera klientuppgifterna för att nå ökad insikt och kunskap.

Att summera intervjun

I slutet av vart och ett av de sju problemområdena i ASI-intervjun finns en fråga om hur intervjuaren själv skattar eller bedömer klientens problem. Dessa bedömningar kräver att olika klientuppgifter vägs mot varandra. Den tvåstegsmethodik som utgör grunden för skattningar och summeringar av intervjun, förutsätter att intervjuaren först tar itu med de objektiva faktafrågorna.

När man utför dessa avvägningar och bedömningar tittar intervjuaren först på intervjuns kritiska frågor. I ASI-manualen finns dessa frågor presenterade områdesvis (Andréasson, 2003, bil. 2 sid. 45). Frågorna har i flera studier visat sig vara bäst relaterade till behandlingsutfall och anses därför vara av stor vikt.

Andra variabler intervjuaren använder sig av i sin bedömning är:

- Hur nära i tiden ligger problemet? Aktuella problem och akuta behov bedöms vara allvarligare än tidigare problem.
- Är problemet kroniskt?
- Hur hanterar klienten sitt kroniska problem?
- Tidsrymd. Kortvariga problem ger ett lägre värde än långvariga.
- Hur allvarligt är problemet? Både pollenallergi och KOL är exempel på kroniska sjukdomar, men den senare är allvarligare då den kan leda till döden.

Utifrån dessa uppgifter anges först ett intervall för livsområdet. Om problemet ligger inom intervallet 0–1 behöver inga åtgärder vidtas. Ligger problemet inom intervallet 8–9 är det ett uttalat problem som kräver ytterst intensiva insatser, kanske under lång tid. Det som pekar i positiv riktning för klienten ger en lägre skattning och det som pekar i negativ riktning ger en högre. På en tiogradig skala försöker intervjuaren placera problemen i något av intervallen: 0–1, 2–3, 4–5, 6–7 eller 8–9. Man kan börja vid någon av skalans ändpunkter och sedan minska antalet intervall.

*Exempel: Passar 0–1, nej. Passar 8–9, nej. Passar 2–3, nja.
Passar 6–7, nej. Passar 4–5, ja. Intervallet blir här 3–4–5.*

För att komma fram till sin slutliga skattning tar intervjuaren hjälp av klientens egen uppfattning om behovet av hjälp inom området. Om klienten upplever att det inte finns något problem eller hjälpbehov, landar slutskattningen på intervallets lägsta värde. Om klienten önskar mycket hjälp landar den slutliga skattningen däremot på intervallets högre värde. Intervjuarens skattning får sedan sitt numeriska värde på den 10–gradiga skalan mellan 0 och 9. Detta värde relateras till de insatser som kan vara aktuella. Fig. 4:4 i kapitel 4 är ett exempel på hur en intervjuarskattning kan presenteras.

Uppföljningsintervjun

Den andra ASI-intervjun, *uppföljningsintervjun*, genomförs vid en lämplig tidpunkt efter det att klienten tagit del av de planerade insatserna. Intervjuerna kan genomföras vid olika tidpunkter, t.ex. i samband med att kontakten avslutas eller ett antal månader – tre, sex, tolv eller arton – efter insats. Det finns inte någon fastställd standard för uppföljningstider och antal uppföljningsintervjuer. Tidpunkt och antal tillfällen är mer en fråga om vilket behov av information man har.

Mest praktiskt är förstås att göra uppföljningsintervjun i samband med att kontakten avslutas. Senare blir det svårare att få till stånd en intervju.

När man ställer samma frågor vid varje intervjutillfälle kan svaren jämföras. Finner man då en skillnad kan det betyda att klientens situation förändrats, till det bättre eller sämre. Finner man ingen skillnad kan det betyda att klientens situation är oförändrad. En jämförelse kan indikera att en avsedd förbättring skett och ytterligare analys kan ge information om huruvida insatsen varit tillräcklig eller om ytterligare insatser är nödvändiga.

Uppföljning kan i undantagsfall ske per telefon, vilket kan vara aktuellt om klienten har flyttat eller om intervjun inte kan ordnas på annat sätt. Det är då mycket viktigt att försäkra sig om att klienten kan prata ostört under en dryg halvtimme och att tillfället är lämpligt för en intervju.

När uppföljningsintervjun är genomförd, sammanställs och bearbetas uppgifterna på samma sätt som den fullständiga ASI-intervjun. Skillnaden blir nu att uppgifter från både den första och den andra intervjun kan sammanställas och jämföras. Även en uppföljningsintervju bör följas av feedback. Har något av livsområdena förbättrats? Poängtera i så fall förbättringen för klienten. Även klienter som inte tycker att det är meningsfullt att göra uppföljningsintervjun brukar uppskatta information om förbättringar. Om något livsområde försämrats kan vårdgivaren ”fånga upp” klienter som är i behov av ytterligare hjälp eller nya insatser.

När – och hur många gånger – bör man följa upp en klient? En möjlighet är att göra en första uppföljning när kontakten avslutas. Det finns dock ett stort värde i att även följa upp klienterna en tid efter det att kontakten har avslutats, eftersom det ger kunskaper om hur det går för en-

skilda klienter på längre sikt. Många forskare rekommenderar en uppföljningsintervju sex månader efter avslutad kontakt.

Många behandlingsenheter väljer att följa upp den fullständiga inskrivningsintervjun med en uppföljningsintervju vid utskrivningen. De får då underlag för planering av utskrivningen. Klienten erbjuds att delta med sina synpunkter. En intervju när kontakten avslutas ger ofta värdefull information för både klient och vårdenhet.

Sex eller tolv månader senare kan man göra ytterligare en uppföljningsintervju. Man får då information om huruvida förändringen är stadigvarande eller om klienten behöver mer hjälp. Om klienten tidigare hoppat av en behandling ger detta möjlighet till förnyad kontakt. Även klienter som valt att avbryta behandlingskontakten kan ge vårdenheten värdefull information.

Om uppföljningsintervjun genomförs systematiskt och kontinuerligt leder det till kunskap om vilka insatser som lyckas. De professionellt yrkesverksamma får kunskap om vad som fungerar och om huruvida målen har uppnåtts.

Hjälpmedel

De klientuppgifter som blir resultatet av ASI-intervjun kan antingen sammanställas för hand eller med de hjälpmedel som finns, för bearbetning och bedömning av klientuppgifterna.

Ett av dessa hjälpmedel är de s.k. *klientprofilerna*, som återfinns på formulärets framsida. Ett annat är *feedbackformuläret*, som finns som bilaga i användaranvisningarna. Om man använder någon av datorversionerna kan man få en *skriftlig sammanställning* av hela texten. Information från klient- och intervjuarprofilerna, feedbackformuläret och datorversionens skriftliga sammanställning kan kombineras med annan information av vikt, t.ex. information från tidigare samtal, test- och provresultat.

Profiler

Profiler avser de diagram som visar klientens och intervjuarens skattningar för samtliga livsområden. De finns på ASI-formulärets första sida och kan användas för att rita in skattningarna. Använder man datorversionen skrivs diagrammen ut automatiskt om man klickar på *klientens skattningar* eller *intervjuarskattningar*. I kapitel 4 visade vi några exempel på klientprofiler.

Intervjuarens problemskattningsprofil, som beaktar alla de avvägningar som presenterats ovan samt klientens uppfattning om hur han eller hon ser på sin situation idag, ger en god illustration av problemens svårighetsgrad och visar inom vilket område som klient och intervjuare bedömer att behovet av insatser är störst. Klientens bedömningar vid en eller flera tidpunkter kan användas som underlag för överskådliga bilder som illustrerar klientens problem. Dessa kan vara användbara när intervjuaren tillsammans med klienten diskuterar problemen eller utvecklingen.

Feedbackformulär

Feedbackformuläret kan användas för att skapa en helhetsbild av klienten. Eftersom ASI-intervjun ”delar upp” klientens problem på olika områden kan en bedömning av klientens hela situation ge en kliniskt värdefull bild. Med hjälp av ASI Feedback Formulär kan intervjuaren få en bild av vad som är positivt och negativt inom varje område men även få en bild av klientens totala situation. I formuläret kallas detta för en *global bedömning*. Feedbackformuläret kan också användas när intervjuaren går igenom intervjun tillsammans med klienten.

Med feedbackformulärets globala skattning kan intervjuaren se orsaker och mönster inom- och mellan problemområden samt tidsföljd, vilket hjälper intervjuaren att se hur problembilderna hänger ihop. Bedömningen avslutas med att intervjuaren skriver ned en motivering till skattningen.

Feedbackformuläret följer de moment i intervjuarskattningsprocessen som metodiken är konstruerad kring, samt tillhandahåller en standardiserad metodik för återkoppling. I feedbackformuläret noteras det som pekar i positiv respektive negativ riktning, med tanke på klientens situation.

Motiveringen skall förklara hur intervjuaren har uppfattat informationen från klienten och vilka överväganden som gjorts i skattningen. Denna information utgör basen i en återföring till klienten och ger en sammanfattande bedömning av området. ASI-intervjun kartlägger de problem som klienten behöver hjälp med. Frågorna har därför fokus på problem. När informationen sammanfattas enligt denna metod får både intervjuare och klient hjälp att även se det som pekar i positiv riktning. Det medför fördelar i samtalet med klienten, som också behöver få höra vad som är bra.

I en bedömning med feedbackformuläret värderas klienternas uppgifter som en helhet och positiva respektive negativa mönster och sammanhang tillåts vägas in. Denna helhetsbedömning ger en koncentrerad och användbar sammanfattning av de uppgifter klienten lämnar i ASI-intervjun. Helhetsbedömningen ger också ett underlag för reflektioner över hur problemen inom olika livsområden hänger ihop.

Textsammanställning

Intervjuaren kan skriva en egen sammanfattning av intervjun, som klienten kan ta del av. Det blir då automatiskt en kontroll av att intervjuaren har uppfattat klienten rätt, samtidigt som klienten får veta hur intervjuaren har uppfattat och bedömt klientens situation. Detta kan i sin tur motivera klienten att bearbeta sina problem.

En textsammanställning kan tas ut automatiskt om något av de datorprogram som finns på marknaden används. Varje fråga och svar i ASI-intervjun transformeras med datorns hjälp till ett påstående och i datorprogrammen redovisas hela intervjun i ord. Samtliga frågor som klienten besvarat, inklusive klient- och intervjuarskattningarna, skrivs ut.

Autotexten är mycket lättillgänglig eftersom man endast behöver trycka på *textsammanställning* i menyraden för att få upp texten på skärmen. Texten kan sedan exporteras till Word-programmet, justeras efter behov och skrivas ut. Autotexten bör behandlas med stor varsamhet och förvaras i akten på samma sätt som annat sekretessbelagt material.

Med smärre bearbetningar kan texten korrigeras och formuleringarna kan anpassas till en mer personlig stil. Det gäller dock att se upp så att inte faktainnehållet förändras. (Ett exempel på en skriftlig redovisning finns i bilaga 2.)

Texten återger svaren på intervjufrågorna korrekt och den är dessutom lättillgänglig och enkel att använda. En av förtjänsterna med redovisningen av autotexten är att klienten själv kan läsa den i sin helhet. På så sätt kontrolleras intervjusvaren och intervjuaren kan tämligen omgående korrigera eventuella felaktigheter. Det finns vårdsektorer som låter klienten skriva under redogörelsen som ett kvitto på att uppgifterna är korrekt dokumenterade. Om klienten tillåts kontrollera att innehållet stämmer, arbetar man sedan vidare med redogörelsen som en gemensam plattform. Genom att klienten ges full insyn skapas öppenhet.

Man bör vara uppmärksam på att texten är starkt berörande för klienten. Det är därför viktigt att intervjuaren tar sig tid till ett sam-

tal med klienten, i samband med att denne läser datorns sammanfattande redovisning.

För att förstå information från ASI-intervjun krävs kunskap om intervjun och frågorna. Det gäller för all information från ASI-intervjun, vare sig den är bearbetad eller inte. Specifikt för den autotext som finns i de datorprogram som förekommer på marknaden, är att den utelämnar svaren på vissa frågor, nämligen i de fall då klienten inte anger några problem. I vissa andra fall utelämnar autotexten uppgifter för att undvika upprepningar. Detta är t.ex. fallet om inga problem noterats för något av de narkotiska preparaten eller för ett helt livsområde. I kodningstermer betyder detta att vissa uppgifter utelämnas om värdet är noll (dvs. klienten svarar ”nej” på frågan om ett problem). Det är således alldeles nödvändigt att det är en ASI-utbildad intervjuare som tolkar texten.

Här vill vi komma med en varning. Det finns en risk för ovarsam hantering, med tanke på att autotexten enkelt kan mångfaldigas genom några knapptryckningar. Autotexten bör endast användas som ett arbetsmaterial och skall behandlas med samma konfidentialitet och sekretess som annat aktmaterial.

Det finns också anledning att påpeka att autotextens språk kan och bör förbättras. Texten kan korrigeras språkligt och formuleringarna kan anpassas till en mer personlig stil genom att texten importeras till Word. Detta rekommenderas om texten exempelvis skall användas som underlag i en utredning. Vid språkliga och stilmässiga bearbetningar gäller det dock att se upp så att inte faktainnehållet förändras.

Förmedla information till klienten

Den information som klienten lämnat kan endast förstås utifrån den specifika livssituation som klienten befinner sig i. Klientens medverkan är lika viktig vid *bedömningen* av informationen som under *informationsinsamlandet*, dvs. intervjun. Så snart intervjuaren har sammanställt och analyserat informationen samt gjort en första bedömning, bör ett eftersamtal genomföras. Syftet med detta är att delge klienten resultatet och ge honom/henne möjlighet att komma med synpunkter. Vid sådana eftersamtal bör underlaget redovisas på ett överskådligt sätt, så att både klienten och intervjuaren kan förvissa sig om att beskrivningen av klientens situation är relevant och adekvat samt att klienten

förstår vilka uppgifter som ligger till grund för intervjuarens bedömning. Först efter ett eller flera samtal, då intervjuaren och klienten tillsammans ventilerat resultatet, är ASI-intervjun genomförd.

Det är viktigt att redovisa resultatet av ASI-intervjun på ett överskådligt och konkret sätt. Här erbjuder ASI-intervjun flera olika hjälpmedel, t.ex. skattningsprofiler. På frågeformulärets framsida finns en tabell där klientens och intervjuarens skattningar kan fyllas i. Om man använder någon av datorversionerna kan man gå igenom område efter område eller börja med de områden där det inte finns några problem (svårighetsgraden är 0) och där klienten inte upplever några besvär. Många tycker att det är bra att börja med att klargöra att det finns ett antal problemfria områden.

Därefter kan man titta på de områden där båda parter är överens om att det finns behov av hjälp. Man kan välja att avsluta genomgången med att ta upp de områden där intervjuarens och klientens bedömningar skiljer sig. Orsaken kan vara att intervjuaren missuppfattat viktiga delar. Det är därför viktigt att klienten erbjuds tillfälle att kommentera och ställa frågor.

I dessa moment kommer vissa samtalsfärdigheter väl till pass. Det gäller för intervjuaren att undvika att väcka motstånd hos klienten, dels genom att förklara att skattningarna bygger på den information som har samlats in under intervjun, dels genom att lyssna på klientens synpunkter utan att komma med värderande omdömen.

Exempel:

I: Efter det att vi träffades sist har jag gått igenom intervjun och gjort en skattning. Nu skulle jag vilja försäkra mig om att jag har uppfattat din situation rätt. Jag vill också förklara varför jag gjort den här bedömningen och skulle vilja att vi pratar om det. Först skall vi gå igenom intervjun, område för område, och när vi är klara med det så sammanfattar vi det hela.

Vi föreslår att man går igenom område för område. Börja gärna med det som är positivt. Tänk på att avsaknaden av problem är positivt och detta bör påpekas lika tydligt som att det finns problem. När faktauppgifterna är genomgångna går man igenom klientens egen skattning. Vid genomgången av intervjuarens skattning är det viktigt att påpeka att den bl.a. baseras på klientens egen skattning.

Intervjuaren kan låta klienten själv redovisa grunderna för den skattning som han eller hon har gjort rörande problem och hjälpbehov inom ett livsområde. Det är då viktigt att respektera klientens bedömning och inte värdera eller fördöma den. Genom att intervjuaren håller sig till de fakta som klienten har lämnat i intervjun blir bedömningen saklig och möjlig att motivera. Man möjliggör en diskussion som kan klargöra vaga motsättningar och olika synsätt på olika problem.

En skriftlig redovisning av klientinformationen gör den tydligare för både behandlare och klient. De uppgifter som klienten lämnat sammanfattas då område för område. Sammanställningen kan mycket väl göras för hand. Arbetet med sammanställningen ger intervjuaren en möjlighet att i tanken bearbeta materialet. Fördelen med denna metodik är att intervjuaren tvingas ”tänka själv”. Utifrån metodikens strikta ramar ställer han/hon avsaknaden av olika problem mot förekomsten av problem, samt överväger vilka frågor som talar för en lägre respektive högre skattning. ASI-intervjun betraktas ofta som alltför problemfokuserad, men här tvingas intervjuaren att även se avsaknaden av problem och värdera klientens styrkor. När både tillgångar och problem vägs in ger det en helhetsbild, vilken även kan användas för att fastställa mönster och relationer mellan problem inom olika livsområden. Dessa tolkningar diskuteras därefter i feedbacksessionen med klienten.

Sammanställningen är också lätt att skriva ner och förmedla tillbaka till klienten. När man låter klienten ta del av det sammanfattade resultatet blir det automatiskt en kontroll av att intervjuaren har uppfattat klientens svar rätt. Lika viktigt är det att klienten får veta hur intervjuaren har värderat och bedömt klientens situation. Detta kan i sin tur motivera klienten att bearbeta sina problem.

Sammanställningen kan antingen göras för hand, med hjälp av feedbackformuläret, den skriftliga sammanställningen i datorversionen eller med andra hjälpmedel som finns till hands. Mer om detta i nästa kapitel.

Vare sig man använder feedbackformuläret eller den skriftliga datorsammanställningen, eller redovisar ASI-information utan något av dessa hjälpmedel, bör uppgifterna redovisas så konkret som möjligt. Om det finns annan information från tidigare samtal och/eller test- och provresultat, bör även denna finnas med som underlag för samtalet.

Ett standardiserat arbetssätt med ASI-intervjun som grund innehåller, som framgått, flera moment. Som vi tidigare nämnt tar själva grundintervjun vanligtvis en dryg timme. Bearbetning och analys, liksom

eftersamtalet med klienten, kräver ytterligare tid. Momenten i klientarbetets inledande fas kan därför ta två–tre timmar. På sikt bör dock intervjuaren vinna tid eftersom intervjun relativt snabbt ger en helhetsbild av klientens situation. Även arbetssätt som bygger på öppna samtalsformer innehåller en serie kontakter och samtal med klienten, vilka sannolikt varierar mer i tid. Det är därför svårt att göra jämförelser. En strukturerad intervju brukar dock ofta upplevas som effektiv eftersom problemen ringas in relativt snabbt.

Kapital 6

Intervjuförberedelser

Ett av de första stegen i intervjuarens förberedelser brukar vara att delta i ASI-utbildningen. Syftet med denna är främst att försöka säkerställa att ASI-uppgifterna får den kvalitet och standard som krävs för att kunna jämföras. Om samma fråga ställs till en klient vid två tillfällen, säger skillnaden något om klientens utveckling endast under förutsättning att klienten förstod frågans intention på ett likartat sätt vid båda tillfällena. Det gäller även när ASI-uppgifter från intervjuer med olika personer sammanställs till statistik. ASI-intervjun bör av den anledningen alltid genomföras enligt anvisningarna och därför är ASI-utbildningen, med godkänt resultat, obligatorisk för samtliga intervjuare.

Det finns inga formella krav för vilka som kan delta i ASI-utbildning, men intresse och kompetens inom yrkesområdet är viktigt för att man skall kunna använda ASI-intervjun på ett bra sätt. Det är bra om arbetsledare deltar i ASI-utbildningen.

ASI-utbildningen bygger på ASI-manualen (Andréasson, 2003). Det finns ett antal utbildare som rekommenderas av Nationella ASI-gruppen, som bildats för att värna ASI-intervjuns och ASI-utbildningens kvalitet.

Under utbildningen är det klokt att etablera kontakt med kurskamrater från samma region. Dessa kan bli ett bra stöd, särskilt under den första tiden. Försök att träffas regelbundet för att diskutera användarfrågor! Var aktiv med papper och penna under utbildningen, eftersom en del praktiska råd inte finns i utbildningsmaterialet. Under utbildningens tredje dag tar man upp frågor som dykt upp under de övningsintervjuer som ingår i utbildningen. Det är en god idé att lyssna på kurskamraternas frågor, eftersom de problem som de tar upp kan bli aktuella för en själv inom en snar framtid.

Efter utbildningen bör intervjuaren börja förberedelserna på arbetsplatsen. Det är särskilt viktigt då intervjuaren själv tagit initiativet till att börja använda ASI-intervjun och de övriga på arbetsplatsen inte känner till den.

Intervjuaren bör redan före utbildningen informera chefen/cheferna om vad ett arbetssätt som baseras på ASI-intervjun innebär i form av tid, arbetsinsatser, förändrade rutiner etc.

Att tänka på innan du går utbildningen

- Diskutera med din närmaste chef hur ASI-arbetet är tänkt att implementeras på din arbetsplats.
- Skaffa dig så mycket information som möjligt. På exempelvis socialstyrelsens hemsida – www.socialstyrelsen.se – beskrivs bl.a. vad man kan använda ASI till och för vilka målgrupper instrumentet är lämpligt. Att känna till ASI redan före utbildningen gör att du både kan ställa bra frågor till kursledaren och diskutera ASI-arbete med din chef.
- Informera dina kollegor om ASI-intervjun.

Att tänka på efter att du har gått utbildningen

- Presentera ASI-intervjun på din arbetsplats. Berätta vad den syftar till och hur den kan användas i det direkta klientarbetet och i verksamheten.
- Informera ledningen om vilka krav ASI-intervjun ställer på organisationen, särskilt i inledningsskedet.
- Uppmuntra fler på din arbetsplats att gå utbildningen. Det är bra att ha någon att diskutera tolkningar och skattningar med.
- Försök att göra minst fem intervjuer i nära anslutning till utbildningen. De som intervjuas måste inte vara klienter.
- Ta reda på om det finns fler ASI-användare i din region. Starta lokala nätverk.
- Om du och din organisation har intresse av ASI för dokumentation och sammanställning av data på gruppnivå, ta reda på vilka olika alternativ för datorstöd som passar er bäst.

Förstå frågorna

Anvisningar till de enskilda frågorna i ASI-intervjun finns i ASI-manualen (Andréasson, 2003). Där poängteras vikten av att intervjuaren förstår intentionen bakom frågorna och frågeområdena. Här nedan introduceras varje frågeområde. Vi pekar på vissa svårigheter och fram-

håller vad som är viktigt vid intervjuarskattningen. (Ett exempel på en ifylld intervju finns i bilaga 1.)

Fysisk hälsa

Frågorna om fysisk hälsa är indikatorer på fysiska hälsoproblem. Syftet är inte att ställa diagnos i medicinsk mening utan att bedöma vilket behov av behandling, stöd eller hjälp, som klienten har. Uppgifterna om ”sjukhusvistelse” – som avser vård som föranlett övernattnings på sjukhus – ger, tillsammans med frågorna om långvariga hälsoproblem och andra fysiska problem, en bild av klientens sjukdomshistoria. Om klienten har kroniska problem som kräver regelbunden vård och medicinering, bör man även ta reda på om ordinationen följs. Om klienten uppger hälsoproblem, symtom eller smärta, bör det föranleda en fördjupad medicinsk undersökning. I övrigt vållar frågorna inom detta område sällan några större problem för intervjuaren.

Att tänka på: Det finns två s.k. kritiska frågor under detta område. Kritiska frågor värderas generellt som viktiga, då de i stora studier visat sig ha ett prediktivt värde. Exempel: Om Kalle tidigare i livet har vårdats på sjukhus 40 gånger, är sannolikheten för att han i framtiden skall vårdas på sjukhus större än om han aldrig legat på sjukhus.

Om klienten har någon läkemedelsordination bör man fråga vilket preparat som är aktuellt och om klienten följer ordinationen, eftersom det kan ha betydelse för tolkningen av svaren under ”alkohol-/droganvändning”.

Betänk att kroniska problem generellt ger ett högre intervjuarskattningsvärde. Skattningen påverkas också av hur klienten hanterar dessa problem. Om klienten exempelvis sköter sin diabetes väl sedan flera år tillbaka, föreligger inget behov av ytterligare insatser. Om klienten däremot missköter sin insulinbehandling kvarstår hjälpbehovet.

Arbete/försörjning

Syftet med frågorna är att utreda om klienten har de nödvändiga resurserna för att söka och behålla ett arbete och klara sin försörjning. Frågorna fokuserar därför på klientens möjligheter att få en ordnad sysselsättning och försörjning.

Klientens arbetshistoria och arbetsmönster under de senaste tre åren är viktiga vid bedömningen av klientens förmåga att behålla ett arbete.

De utgör, tillsammans med uppgifterna om utbildning, yrke och annan kompetens, grunden för bedömningen av behovet av insatser. Om klienten inte har någon anställning, är det viktigt att veta hur lång tid som förflutit sedan han/hon senast hade ett arbete. Uppgifterna om körkort och bil har betydelse för klientens möjlighet att ta sig till arbetet.

Om klienten är anställd bör man ta reda om han/hon hotas av uppsägning eller har andra arbetsrelaterade problem som han/hon behöver hjälp med. Är klienten arbetslös bör man fråga om han/hon har sökt arbete.

I Sverige finns många olika anställningsformer. Förutom rena anställningar kan det vara fråga om lönebidrag, beredskapsarbete eller andra typer av praktikjobb med ersättning genom exempelvis arbetsförmedlingen eller försäkringskassan. I anvisningarna till ASI-intervjun sägs inget om hur dessa ”övriga” anställningsformer bör kategoriseras, utan här får vi ta ledning av intentionen bakom frågorna. Förstärker praktikarbetet klientens resurser på arbetsmarknaden, bör de kategoriseras som arbete, oberoende av vem som betalar lönen.

Personliga konflikter med arbetskamrater eller arbetsledare skall hänföras till området familj och umgänge.

Intervjuarskattningen skall beröra både problem med arbete och problem med arbetslöshet. Intervjuaren bedömer arbetsmönstret under de senaste tre åren och hur lång period som klienten haft jobb respektive varit arbetslös. Om arbetslöshetsperioden ligger nära i tiden bedöms situationen som allvarligare. I skattningen av klientens kompetens skall man väga in utbildning, tidigare anställning och färdigheter förvärvade på annat sätt.

Att tänka på: Antalet kritiska frågor är betydligt fler under detta avsnitt. När det gäller exempelvis frågor om längsta anställning och längsta arbetslöshetsperiod kan det vara klokt att fråga hur dessa ligger i tiden. Exempel: Om klienten var arbetslös under åtta år för 20 år sedan påverkar det intervjuarskattningen mindre än om arbetslösheten är ett aktuellt problem. Inom detta livsområde – precis som under de flesta andra områden – kan svar betraktas både positivt och negativt. Exempel: Fullföljd grundskola visar att klienten klarat av nio år i skolan – vilket ju är positivt – samtidigt som det i dagsläget inte räcker för att vara attraktiv på arbetsmarknaden.

Alkohol- och narkotikaanvändning

Avsikten med frågorna inom området är att ge en bild av klientens eventuella missbruksproblem. Här kartläggs klientens konsumtion, konsekvenser av missbruket samt behandling. När man ställer frågorna, bör man ha i minnet att det är det bruk som *vållar problem* som man vill komma åt, inte det problemfria bruket. Konsumtion av läkemedel bör alltid redovisas. Om det är fråga om ordinerade läkemedel som tas enligt ordination, kodas dessa men de bör inte betraktas som något negativt i intervjuarskattningen.

Om klienten missbrukat under perioder, bör man fråga när den senaste perioden upphörde. Om det finns speciella tecken på allvarligt missbruk som överdoser, delirium tremens och/eller en alkohol- eller drogrelaterad behandlingshistoria, bör detta noteras. Hur mycket pengar spenderar klienten på alkohol och droger, hur många dagar har klienten upplevt problem som är relaterade till alkohol- och drog användning, upplever han/hon obehag av sitt missbruk, önskar han/hon behandling – svaren på dessa frågor ger en antydning om problemets svårighetsgrad. Om svaren indikerar ett omfattande bruk medan klienten själv uppger att problemet inte är allvarligt, är det en varningssignal. Det kan tyda på att klienten är uppgiven eller omedveten om allvaret i sin situation.

Definitionerna under området missbruk väcker ofta frågor. Användningen av alkohol och narkotiska preparat kodas som missbruk först när klienten konsumerat en viss mängd alkohol eller använt en drog minst tre dagar i veckan, eller två dagar i följd per vecka, under en viss tid. En vanlig reaktion är att denna definition är främmande för svenska förhållanden. Bruk under denna nivå ger emellertid en så svag indikation att det finns risk för en felaktig slutsats. Tre dagar i veckan, eller två på varandra följande dagar per vecka, utgör det gränsvärde där det börjar bli intressant att fördjupa analysen. Det krävs mer än att ha prövat några gånger för att användningen skall betraktas som problematisk.

Frågeområdet alkohol- och narkotikamissbruk brukar uppfattas som svårt, bl.a. därför att frågeformuläret inte ger något stöd beträffande frågornas ordningsföljd. Man kan pröva olika ordningsföljder, men en som brukar fungera bra är att – så att säga utanför formuläret – fråga:

- Har du någonsin använt ...?
- Hur gammal var du första gången du använde ...?
- Har du använt ... mer regelbundet, dvs. två dagar i sträck eller tre gånger per vecka ...?
- Har du haft perioder då du inte använt ...?

Att tänka på: ASI är inte ett diagnostiskt instrument utan ett stöd vid bedömning av om fördjupade diagnostiska instrument bör användas. Om klienten inte uppfyller kriterierna för ”regelbunden användning” bör man i kommentarerna föra in vilka droger klienten använt sporadiskt. Observera att preparat som bensodiazepiner, opiater, etc., inte får belasta intervjuarskattningen om preparaten tas enligt läkarordination. I dessa fall är preparatanvändningen att betrakta som en insats mot ett rådande problem (t.ex. ångestsyndrom eller kronisk smärta).

Om klienten har haft en lång, drogfri period efter en behandling bör man fråga om behandlingen haft någon effekt och i så fall vilken.

Beträffande behandling vill vi påpeka att behandlingstillfälle inom psykiatrin endast avser avgiftning eller insatser som är direkt relaterade till missbruk. De flesta orter har ingen beroendesjukvård, varför t.ex. avgiftning ofta sker vid en psykiatrisk klinik.

Intervjuaren bör klargöra för klienten vad som menas med delirium tremens och överdos (se ASI-manual, Andréasson, 2003), då dessa tillstånd ofta tolkas på olika sätt.

Kriminalitet

Syftet med frågorna inom detta område är att utvärdera klientens behov av ytterligare juridisk hjälp eller konsultation. Här är tidigare erfarenheter av brott, åtal och fällande domar tecken på behov av hjälp. Finns det allvarlig kriminell belastning utgör det en grund för högre skattning.

Att tänka på: ”Kriminalitet” i ASI-intervjun handlar inte om att kartlägga kriminella attityder eller beteenden. För detta finns en specialutvecklad brottslighetsmodul (Kriminalvårdsstyrelsen, 1999).

Familjehistoria

Frågorna kan användas för att bedöma riskfaktorer. Här gäller det klientens egen uppfattning om varje släkting. Anser klienten att släktingen borde ha fått hjälp? Endast biologiska relationer räknas, dvs. halvsyskon, men inte fostersyskon.

Att tänka på: Här räknas inte foster- eller adoptivföräldrar som inte är biologiska släktingar.

Familj och umgänge

Inom detta område kartläggs hur klienten fungerar socialt i relation till familjen. Syftet är att bedöma om klienten har behov av hjälp för att fungera bättre. Tyngdpunkten ligger på resurser i personens familj och sociala nätverk samt konflikter i familjen och med andra. Stabilitet och kvalitet i det sociala livet står här i fokus.

Det kan vara svårt att skilja missbruksproblem från problem med familj och umgänge eftersom de sistnämnda ofta är sammanvävda med missbruk. Därför kan det vara lämpligt att för varje fråga försöka klargöra om situationen skulle ha varit annorlunda om missbruk inte hade förekommit.

De som vi i Sverige kallar ”sambor” – personer som bor tillsammans i en familjeliknande relation utan att vara gifta – skall kategoriseras som gifta. Förutsättningen är att partnerrelationen är stabil över tid och att klienten själv uppfattar den som en stabil partnerrelation.

Intervjuarskattningen har sitt fokus på hur tillfredställd klienten känner sig i det sociala umgänget och på de problem som redovisas.

Att tänka på: Särboförhållanden kodas under ”sammanboende/gifta” om kriterierna ovan är uppfyllda.

Klienten har alltid tolkningsföreträdare avseende vad som utgör ett övergrepp.

Beträffande konfliktfrågorna räcker det med att en person i varje kategori har utgjort ett relationsproblem (broder, syster, etc.).

Beträffande frågorna om nära relationer räcker det med närhet till en person inom varje kategori (broder, syster, etc.).

”Moder” och ”fader” är de individer som klienten räknar som sina föräldrar.

Psykisk hälsa

Intentionen med frågorna inom området är att kartlägga de vanligaste psykiska eller känslomässiga problemen. Även om de fyra vanligaste diagnoserna bland missbrukare – depression, ångest, psykos, impulsiv ontrollproblematik – täcks, är dessa uppgifter inte tillräckliga för att ställa diagnos – och det är inte heller meningen. Avsikten är att få en grov bild av klientens psykiska situation.

Frågorna som berör slutenvårdsinsatser, upplevelser av psykiska eller känslomässiga problem samt självmordsförsök, är viktiga när man bedömer behovet av insatser, och i synnerhet behovet av fördjupad utredning.

Att tänka på: Precis som alla övriga livsområden, täcks området ”psykisk hälsa” in endast fläckvis. Det kan därför vara klokt att fråga om klienten har andra problem än dem som har berörts i intervjun.

Om klienten har ordinationer för psykiska eller känslomässiga problem är det viktigt att ställa följdfrågor om effekten av dessa ordinationer. Om en tidigare ordination har fungerat väl, har det stor klinisk betydelse. Lika viktigt är det att veta om ett flertal preparat har ordinerats tidigare, utan att de har haft någon märkbar effekt.

När intervjun avslutats ombeds intervjuaren att ta ställning till olika psykiatriska tillstånd. Om intervjuaren under pågående arbete bedömer att det finns en risk att klienten kommer att försöka ta sitt liv, eller att klienten är gravt psykotisk, bör intervjun snabbt avbrytas. Intervjuaren bör påtala sina observationer för personal som har specifik kompetens inom dessa områden.

Slutord

Boken har handlat om ett klient- och resultatnriktat arbete som tar sin utgångspunkt i ASI-intervjun. Vi har belyst nyttan med intervjun både vid verksamhetsplanering, i utvecklingsarbete och i arbetet med att hjälpa den enskilde klienten. Vinsterna är många men den kanske viktigaste är att beslut som rör enskilda klienter och grupper av klienter kommer att baseras på ett relevant och sakligt underlag. Detta underlättar de professionella bedömningarna och innebär att insatser bättre kan anpassas till såväl enskilda klienters som till klientgruppers behov. Bedömningsunderlag som är tillförlitliga, öppna för insyn och möjliga att kontrollera i efterhand, bidrar dessutom till att stärka klienternas medverkan och förbättra deras rättsäkerhet. Både ledning, professionella yrkesutövare, klienter och medborgare i allmänhet, har således mycket att vinna på ett sådant arbetssätt.

Med ett klient- och resultatnriktat arbete kommer arbetet inte enbart att bedömas utifrån handläggningens kvalitet utan även utifrån *det resultat som uppnått för den enskilda klienten eller för klientgruppen*. Vad man faktiskt uppnår blir både tydligare och synligare. Det innebär en stor förändring som påverkar alla medarbetare, chefer såväl som professionellt yrkesverksamma. Vissa kommer att känna sig stimulerade medan andra kan uppleva att de förlorar en del av sin professionella identitet.

Det finns anledning att varna både för att skönmåla och svartmåla standardiserade metoder. De utgör verktyg, med vars hjälp man kan lägga en ny grund för verksamheten och det dagliga klientarbetet. Det handlar i första hand om ett nytt sätt att strukturera och systematisera informationen, men det behövs självfallet kunskap för att tolka uppgifterna på ett meningsfullt sätt. Den information som exempelvis ASI-intervjun ger kan aldrig ersätta medarbetares kunskaper och kompetens, men yrkeskunskaperna kan ytterligare profileras när grunderna för bedömning och beslut blir mer tillgängliga. Det gör det professionella kunnandet *än* viktigare och kommer att leda till att det utvecklas ytterligare, eftersom uppföljning och utvärdering skapar nya möjligheter att lära i och av det dagliga arbetet.

Även om man försöker förutse svårigheterna, kommer vägen mot ett nytt arbetssätt att kantas av både förutsedda och oförutsedda problem. Vilka dessa svårigheter blir i varje enskilt fall är naturligtvis svårt att förutse, men vissa ledtrådar kan man finna i skillnaden mellan det tidigare arbetssättet och det nya – när det gamla stöter ihop med det nya, när tidigare handlingssätt inte fungerar, när det man förstått tidigare inte längre är begripligt och gamla förklaringar inte tycks gälla längre. Uttryck för dessa skillnader finner vi i våra egna och andra medarbetares reaktioner, i missnöjesyttringar och kritiska kommentarer, i synpunkter och konstruktiva förslag. I denna klyfta mellan gammalt och nytt, upptäcker vi svårigheter och utmaningar som leder fram till nya möjligheter och lösningar. När man lyssnar och reflekterar över sådana skillnader har man redan kommit en bra bit på väg.

Att all vår början bliver svår ger vår erfarenhet många belägg för. Men nya utmaningar kan samtidigt skapa nya insikter, möjligheter och lösningar, åtminstone om dessa utmaningar antas av människor som har tålamod och uthållighet att arbeta med klienternas bästa som ledstjärna.

Referenser

Alling, C., Beck, O., Bergman, H., Jenner, H., Nyström, S. och Wennberg, P. (2004) Markörer och diagnostiska test, grupp 4. Projektet "Nationella riktlinjer för missbrukarvård". Socialstyrelsen (ännu ej publicerad).

Alterman, AI, McLellan T.A. & Shifman, R.B. (1993) Do substance abuse patients with more psychopathology receive more treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Vol. 18, nr 9.

Andréasson, S. (1996) Bedömning för val av behandling i Berglund, M m. fl. (1996) *Dokumentation inom missbrukarvården. Behandlingsarbete, metodutveckling, utvärdering*. Liber.

Andréasson, S., Lindström, U., Armelius, B-Å., Larsson, H., Berglund, M., Frank, A., Bergman, H., Rydberg, U., Zingmark, D. och Tengvald, K. (2003) *ASI- en strukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem*. En rapport från CUS reviderad version av CUS-skrift 1999:2. Socialstyrelsen.

Andréasson, S., Lindström, U., Armelius, B-Å., Larsson, H., Berglund, M., Rydberg, U., Zingmark, D. och Tengvald, K. (1996) *ASI – ett sätt att intervjua klienter i missbrukarvården*, Socialstyrelsen, CUS-skrift 1996:1.

Armelius, B-Å. och Armelius, K. (1999) *Kausalfrågor och effektfrågor vid utvärdering av behandling*. Rapport 1999:4. SiS.

Askeland, G.A. och Molven, O. (2001) *Dokument i klientarbeid* Journaler, sosialrapportrar og saksframstillingener i sosialt arbeid. 4:e utg., 2 uppl. Gyldendal akademisk. Oslo.

Berglund, M., Andréasson, S., Bergmark, A., Oscarsson, L., Tengvald, K. och Öjehagen, A. (1996) *Dokumentation inom missbrukarvården. Behandlingsarbete. Metodutveckling. Utvärdering*. Centrum för utvärdering av socialt arbete – CUS, Liber förlag. Stockholm.

- Bergman H., m.fl (1994). *The Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT: Manual*. Karolinska sjukhuset: Magnus Huss klinik.
- Bergman, H. och Zingmark, D. (2004) *Årsrapport till Systembolagets fond för alkoholforskning (SFA)*.
- Bernler, B., Cajvert, L., Johnsson, L. och Lindgren, H. (1999) *Psykosocialt arbete. Idéer och metoder*. Natur och kultur, Stockholm.
- Bernler, G. och Johnsson, L. (1993) *Den sociala journalen. I: En studie i akter – deras struktur och funktion*. Göteborgs universitet. Institutionen för socialt arbete. Göteborg.
- Blakstad Tveito, Å. (1998) Hvorfor journaler på sosialkontor? *Nordisk sosialt arbeid* s. 80–87 nr 2 1998.
- Butler, S.F., Budmam, S.H., Goldman, R.J., Newman, F.L., Beckley, K.E., Trottier, D. & Cacciola, J.S. (2001) Initial validation of a computer-administred Addiction Severity Index; the ASI-MV, *Psychological Addiciton Behavior*. Vol. 15, s. 4–12, (2001).
- Cronqvist, A-L. (2003) ASI-intervjun i missbrukarvården i Nyström, S. (red) m.fl. (2003) *Metoder för missbrukarvården*. ASI-intervjun i praktisk tillämpning. En rapport från CUS. Socialstyrelsen. Stockholm.
- Ekblom, G. (2003) ASI i klientgruppsbeskrivningar i Nyström (red) (2003) *Metoder för missbrukarvården*. En rapport från CUS. Socialstyrelsen. Stockholm.
- Eneroth, B. (1996) Vem behöver forskningen? *SSR-tidningen* 1:1996 sid. 25.
- Eneroth, B. (1997) Detta har jag vetat hela tiden. *SSR-tidningen* 8:1997, sid. 23.
- Engström, C. och Nyström, S. (2002) ASI-intervjun ger kunskap om klienterna. *Socionomen*, 5/2002.

Engström, C. och Nyström, S. (2003) ASI-intervjun i teori och praktik i Nyström (red) *Metoder för missbrukarvården* (2003).

Engström, C. och Armelius, B-Å. (2002) Klienters acceptans av strukturerade intervjuer i socialtjänsten. *Nordiskt Socialt Arbete*, Nr 4, 2002, årgång 22.

Gernstein, Dean. R., Harwood, Henrick, J. (red) (1990) *Treating drugproblems. Vol. 1*. National Academy Press. Washington D.C.

Grissom, G.R. & Bragg, A. (1991) Addiction severity index: Experiences in the Field. *The International Journal of the Addiction*. Grissom, G.R. och Bragg, A. (1991).

Haack, MJ., Öberg, D. och Sallmén, B. (2002) Comparable unit descriptions for mental health and social services. *European Psychiatry* 17[0], 197–198.

Haack, MJ., Öberg, D. och Sallmén, B. (2003). Improving the clinical applicability of the EuropASI with structured treatment planning. In conference documentation: Measuring “Addiction” in Europe: Clinical, cultural and policy aspects of the Addiction Severity Index (ASI), and other international instruments. 2003, pp 175–182.

Kriminalvårdsstyrelsen. Insatser efter behov ASI-x, ASI-brott ASI-återkoppling (1999. 10–27). Beställs via fax 011-13 36 72.

Johnsson, L. (1999) Dokumentation och journalföring i Bernler., Cajvert., Johnsson och Lindgren (1999) *Psykosocialt arbete, idéer och metoder*. Natur och kultur, Stockholm.

Larsson H. och Armelius B-Å. (odat) Att använda ASI som en metod att fokusera på missbrukarklienters subjektiva värderingar av sina problem. Ej publicerad rapport från Institutionen för psykologi. Umeå universitet.

Markels Ängeby, K. (2004) Study on attitudes to the Addiction severity Index (ASI) in four work settings. C-uppsats. International Masters Social work. Göteborg.

McLellan, T.A., Druley, K.A., O'Brien, C.P. & Kron, P. (1980) Matching substance abuse patients to appropriate treatments: The Addiction Severity Index. *Drug and Alcohol Dependence*, 5, 189–195.

McLellan, T.A., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H. och O'Brien, C. (1985) New data from the Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental disease*, Vol. 173, No 7, 412–423.

McLellan, T.A., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R.R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. & Argerio, M. (1992) The fifth addition of the Addiction severity index. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Vol. 9, 199–213.

Melin, G. och Näsholm, C. (1998) *Behandlingsplanering vid missbruk*. Studentlitteratur. Lund.

Månsson, S.A. (2000) Kunskapsutveckling inom socialtjänsten och den akademiska forskningen – drar vi åt samma håll? *Socionomen*, Nr 8, 2000, sid. 4–9.

Nyström, S. (red) Cronqvist, A-L., Engström, C., Jäderland, A., Ekblom, G. och Lood, C. 2003 *Metoder för missbrukarvården*. ASI-intervjun i praktisk tillämpning. En rapport från CUS. Stockholm.

Nyström, S., Jess, K. och Soydan H. (2002) *Med arbete som insats. Klienteffekter och samhällsekonomisk lönsamhet i socialt arbete*. En rapport från CUS. Stockholm.

von Otter, C (2002) Är det någon vits? Att pröva systematiska klientbedömningar i praktiken. C-uppsats Sociologiska institutionen. Uppsala universitet.

Olson, H. & Petit, B. (1995) *Mötespunkter. Några professionella verktyg i interaktionistiskt förändringsarbete*. Bokförlaget Mareld. Stockholm.

Prop 1996/97: 124 Ändring i socialtjänstlagen, Socialdepartementet. Proposition.

Rothstein, B. (red) (2002) *Politik som organisation. Förvaltningspolitikens grundproblem*. Tredje reviderade upplagan. SNS förlag. Angered.

BIB 1998. Sandahl, C., Birgeron, E., Armelius, B-Å., Fridell, M. och Segraeus, V. (1998) *Bedömningsinstrument inom behandling och forskning*. Statens institutionsstyrelse. SiS. Uppsala.

Sannerstedt (2001) Implementering – hur politiska beslut genomförs i praktiken. I Rothstein (2001) *Politik som organisation. Förvaltningspolitiken grunder*. SNS-förlag. Angered.

Simpson, D.D. (2002) A conceptual framework for transferring research to practise. *Journal of Substance Abuse Treatment* 22 (2002) s. 171–182.

Tengvald, K. (1997) Perspektiv på kvalitetssäkring – uppföljning, utvärdering och dokumentation av socialt arbete. *Nordiskt Socialt Arbete. Nr 1, 1997, s. 17*.

Tengvald, K. och Andréasson, S. (1996) Perspektiv på uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. I Berglund, M. m.fl. (1996) *Dokumentation inom missbrukarvården. Behandling, metodutveckling, utvärdering*. Centrum för utvärdering av socialt arbete. Liber.

Tengvald, K., Andrén, A., Bergman, H., Engström, C., Nyström, S., Sallmén, B. och Öberg, D. (2004) Implementing the Addiction Severity Index (ASI) in Swedish human services sectors: Experiences, problems and prospects. *Journal of Substance Use* Vol. 9, nr 3–4.

The Change Book – A blueprint for Technology Transfer. (2000) Attc addiction technology transfer centers www.nattc.org.

Törngren, G. (1995) *Utredning som förändringsverktyg. En idébok och slutrapport om sociala utredningar*. Upplands Väsby. Socialförvaltningen.

Öberg, D. 2004. *En metodik för att göra dokumentation användbar i behandling*. MAPS. SiS 5–05. Västervik.

Bilaga 1

Exempel på ifylld grundintervju

Allmän information.

Kod:

ID:

②

Kvinna

ASI-INTERVJU

INSTRUKTIONER TILL INTERVJUAREN

Lämna inga tomma svarsrutor.
När så behövs använd:
X - frågan obesvarad/vill ej svara
N - frågan inte tillämpbar

Frågenummer som är understruken ställs vid uppföljning. Frågor som har en asterisk är kumulativa och omformuleras vid uppföljning, se manualen.

Utrymme finns efter varje frågeområde för kommentarer.

INTERVJUARKATTNING AV SVÄRIGHETSGRAD/ BEHANDLINGSBEHOV

Skattningarna är intervjuarens uppskattning av klientens behov av ytterligare behandling/hjälp inom varje frågeområde. Skalorna varierar från 0 (ingen behandling nödvändig) till 9 (behandling behövs för att intervenserna i en livshotande situation). Varje skattning baseras på klientens tidigare och nu aktuella besvär och uppfattning om sina behandlingsbehov inom ett givet område. För en detaljerad beskrivning av skattningarnas utförande, se manualen.

SAMMANFATTNING AV KLIENTEN SKATTNINGSSKALA

0 - Inget problem/behov av hjälp
1 - Litet problem/behov av hjälp
2 - Måttligt problem/behov av hjälp
3 - Påtagligt problem/behov av hjälp
4 - Mycket stort problem/behov av hjälp

Svensk översättning och bearbetning av: Andreasson S, Armelius B-A, Berglund M, Bergman H, Frank A, Larsson H, Lindström U, Rydberg U, Tengvald K, Zingmark D.

ALLMÄN INFORMATION

Q Typ av intervju:

1 - Intagningsintervju
2 - 9 Uppföljningsintervju (nummer på intervju)

E, I, A

PROFIL ÖVER PROBLEMENS SVÄRIGHETSGRAD

9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									
0									
Problemområde									
Fysisk hälsa									
Arbete/förening									
Allkoholavvändning									
Narkotikaanvändning									
Kriminalitet									
Familj och umgänge									
Psykisk hälsa									

KOMMENTARER:

Lisa Karlsson

Behandlingstyp:

- 0 - Ej behandling
- 1 - Avgiftning i öppenvård
- 2 - Avgiftning i slutenvård
- 3 - Drogsubstitution i öppenvård
- 4 - Öppenvårdsbehandling, drogfri
- 5 - Slutenvård, institutionsvård, drogfri
- 6 - Dagvård
- 7 - Psykiatrisk vård
- 8 - Annan sjukhusvård
- 9 - Annat

Specificera

*besök social
kontor*

Inskrivningsdatum:

(ÅÅMMDD)

E Intervju påbörjad:

(TT MM)

E Intervju avslutad:

(TT MM)

Allmän information och Fysisk hälsa

Kod:

Nuvarande bostadsort:
 1 - Stor stad (>100 000)
 2 - Mellanstor (10-100 000)
 3 - Landsort (< 10 000)

2. Kommunkod:

3. Hur länge har Du bott på nuvarande adress?
 (ÅÅ MM)

4. Huvudsakligt boende?
 1 - Egen bostad (ägande, i:a handskontrakt)
 2 - Ändrahandsboende
 3 - Hos föräldrar, släktingar, inneboende, boendekollektiv
 4 - Föresöks-/träningslägenhet
 5 - Institution/kategori-/familjevård
 6 - Hotell
 7 - Bostadslös
 8 - Annat

*1. Hur många gånger har Du varit inlagd på sjukhus för fysiska skador eller sjukdomar? (Ta med överdoser och delirium, uteslut avgiftning)

2. För hur länge sedan låg Du på sjukhus för en fysisk skada eller sjukdom?
 (ÅÅ MM)

3. Har Du några långvariga kroppsliga skador eller sjukdomar som påverkar Din livsföring?
 0 - Nej
 1 - Ja *Kroniska ledbe*
 Specificera *Små*

*4. Har Du någonsin haft hepatit (gulso)?
 0 - Nej
 1 - Ja
 2 - Vet ej
 3 - Vill ej svara

*5. Har Du HIV-testats?
 0 - Nej
 1 - Ja
 2 - Vet ej
 3 - Vill ej svara

6. Om Ja på fråga 5, för hur många månader sedan?

7. Om Ja på fråga 5, vad var det senaste provresultatet?
 0 - HIV-neg.
 1 - HIV-pos.
 2 - Vet ej
 3 - Vill ej svara

8. Är Du ordinerad att regelbundet ta läkemedel för kroppsliga skador eller sjukdomar?
 0 - Nej
 1 - Ja

5. Klientålder:

6. Nationalitet: Klient

7. Födelseland: Klient

Far

Mor

8. Har Du varit intagen/inlagd på någon institution de senaste 30 dagarna? (Om flera alternativ ange dei längsta)
 0 - Nej
 1 - Kriminalvård
 2 - Missbruksvård
 3 - Somatisk vård
 4 - Psykiatrisk vård
 5 - Enbart avgiftning
 6 - Annan

9. Hur många dagar av dessa 30 har Du varit intagen/inlagd?

KOMMENTARER:

FYSISK HÄLSA

9. Har Du pension eller sjukbidrag p.g. a fysisk sjukdom eller skada? (Uteslut psykiska besvär)
 0 - Nej
 1 - Ja

10. Har Du behandlats av läkare för fysisk skada eller sjukdom de senaste 6 mån?
 0 - Nej
 1 - Ja

11. Under hur många av de senaste 30 dagarna upplever Du att Du har haft problem med Din fysiska hälsa?

FÖR FRÅGORN 12 & 13 BE KLIENTEN ANVÄNDA SKATTNINGSSKALAN

12. Hur oeröad eller besvärad har Du varit av dessa fysiska hälsoproblem under de senaste 30 dagarna?

13. Hur viktigt är det för Dig nu att få behandling för dessa fysiska hälsoproblem?

INTERVJUARKATTNING AV SVÄRIGHETSGRAD

14. Hur stort uppskattar Du att klientens behov av somatisk vård är?

INTERVJUARKATTNING AV SVARENS TILLFÖRLITLIGHET

Är ovanstående uppgifter i betydande grad förvängda av:

15. Klientens förvanskning av förhållandena?
 0 - Nej
 1 - Ja

16. Klientens svårighet att förstå frågorna
 0 - Nej
 1 - Ja

KOMMENTARER:

1. *Väck tablett*

Arbete och försörjning

ARBETE OCH FÖRSÖRJNING	
Kod: <input type="text"/>	
*1. Avslutad skolutbildning efter antal år? <input type="text" value="17"/>	10. Hur mycket pengar erhöll Du från anställning under de senaste 30 dagarna? (Efter skatt) (Kr) <input type="text" value="0"/>
*2. Högre utbildning antal år? (Universitet eller annan eftergymnasial utbildning) <input type="text" value="0,0"/>	Erhöll Du under de senaste 30 dagarna pengar från:
3. Högsta genomförda utbildning: Specificera <u>underskötarska</u>	11. Arbetslöshetsersättning? 0 - Nej 1 - Ja <input type="text" value="0"/>
4a. Har Du ett giltigt körkort? 0 - Nej 1 - Ja <input type="text" value="1"/>	12. Socialbidrag? 0 - Nej 1 - Ja <input type="text" value="0"/>
4b. Har Du tillgång till bil? (Sätt 0 om körkort ej finns) 0 - Nej 1 - Ja <input type="text" value="0"/>	13. Sjukpenning, sjukbidrag, pension? 0 - Nej 1 - Ja <input type="text" value="1"/>
5. Hur länge varade Din längsta period av regelbundet arbete? (ÅÅ MM) <input type="text" value="0,6"/> <input type="text" value="0,0"/>	14. Partner, familj eller vänner (för personligt bruk)? 0 - Nej 1 - Ja <input type="text" value="1"/>
6. Hur länge varade Din längsta period av arbetslöshet? (ÅÅ MM) <input type="text" value="0,0"/> <input type="text" value="0,4"/>	15. Olaglig verksamhet? 0 - Nej 1 - Ja <input type="text" value="0"/>
*7. Vanligaste arbete/yrke (eller senaste)? <u>underskötarska</u> <input type="text" value="2"/> Specificera noga	16. Prostitution? 0 - Nej 1 - Ja <input type="text" value="0"/>
*8. Vanligaste anställningsmönster under de senaste 3 åren: 1 - Heltid (minst 35 tim/v) <input type="text" value="1"/> 2 - Deltid (anställd inkl. vikariat) 3 - Deltid (tjänstställd) 4 - Studier 5 - Militärtjänst 6 - Pension/sjukbidrag 7 - Arbetslös (inkl. hemarbete) 8 - Intagen/inlagd på institution	*16a. Hur många gånger i Ditt liv har Du omhändertagits för prostitution? <input type="text" value="0,0"/>
2a. Hur många dagar har Du arbetat under de senaste 30? (Uteslut prostitution eller olaglig verksamhet) <input type="text" value="2,2"/>	17. Andra källor? 0 - Nej 1 - Ja <input type="text" value="0"/>
2b. Hur många dagar, av de senaste 30, har Du varit sjukskriven? <input type="text" value="3,0"/>	18. Vilken är Din huvudsakliga försörjningskälla? (Använd koderna 10-17) <input type="text" value="1,3"/>
	19. Hur stora är Dina skulder? (Tkr) <input type="text" value="0"/>
	20. Hur många personer är beroende av Dig för huvuddelen av sitt uppehälle? (Mät, bostad etc.) <input type="text" value="2"/>
	21. Under hur många dagar, av de senaste 30, har Du haft problem i arbetet eller med arbetslöshet? <input type="text" value="0,0"/>
	FÖR FRÅGORNA 22 & 23 BE KLIENTEN ANVÄNDA SKATTNINGSSKALAN
	22. Hur oroad eller besvärad har Du varit av dessa arbets- eller arbetslöshetsproblem under de senaste 30 dagarna? <input type="text" value="1"/>
	23. Hur viktigt är det för Dig nu att få hjälp med dessa arbets- eller arbetslöshetsproblem? <input type="text" value="0"/>
	INTERVJUARKATTNING AV SVÄRIGHETSGRAD
	24. Hur skattar Du klientens behov av hjälp för arbetsproblem? <input type="text" value="1"/>
	INTERVJUARKATTNING AV SVARENS TILLFÖRLITLIGHET
	Är ovanstående uppgifter i betydande grad förvängda av: 25. Klientens förvanskning av förhållandena? 0 - Nej 1 - Ja <input type="text" value="0"/>
	26. Klientens svårighet att förstå frågorna? 0 - Nej 1 - Ja <input type="text" value="0"/>
	KOMMENTARER: 3. 2-årig gymnasie utbildning 9b. Har fast anställning 20. Bara

Alkohol- och narkotikaanvändning

Kod:

ALKOHOL- OCH NARKOTIKAANVÄNDNING

	Debut				Int. sätt*				
	Ålder	Tidigare i livet Antal år	Senaste 30 dgr Antal dgr	Int. sätt*	Ålder	Tidigare i livet Antal år	Senaste 30 dgr Antal dgr	Int. sätt	
1. Alkohol - regelbunden användning	1,6	1,3	1,5	1	8. Amfetamin	N,N	0,0	0,0	N
Alkohol - till berusning (5 glas eller mer)	1,6	1,2	1,5	1	9. Cannabis	N,N	0,0	0,0	N
Heroin	N,N	0,0	0,0	N	10. Hallucinogener	N,N	0,0	0,0	N
4. Metadon	N,N	0,0	0,0	N	11. Lösningsmedel	N,N	0,0	0,0	N
5. Andra opiatier/smärtstillande preparat	3,5	0,1	1,5	1	12. Annat	N,N	0,0	0,0	N
6. Dämpande mediciner (BZD, Sed, Hypn.)	N,N	0,0	0,0	1	13. Flera droger per dag	N,N	0,0	0,5	1
7. Kokain	N,N	0,0	0,0	1	(Fråga 1-12 se bilaga angående preparattyper.)				

* Intagningsätt: 1 - oralt 2 - nasalt 3 - rökning
4 - icke intravenös inj. 5 - intravenös inj.

*14. Har Du någonsin injicerat?

0 - Nej 1 - Ja

17. Hur många månader varade den längsta perioden av missbruksfrihet efter dessa behandlingar?

Alkohol

Narkotika

*14a. (Om Ja på 14)

Ålder i 1:a inj.	Tidigare i livet	Senaste 6 mån.	Senaste 30 dgr.
<input type="text" value="N,N"/>	<input type="text" value="N,N"/>	<input type="text" value="N"/>	<input type="text" value="N,N"/>
År	År	Mån.	Dgr

*14b. (Om injektioner senaste 6 mån.)

1 - Inte delat spruta
2 - Ibland delat
3 - Delat ofta

*15. Hur många gånger har Du:

Fått delirium av alkohol (Om ej nark koda 0)

Tagit överdos av narkotika (Om ej nark koda 0)

*16. Behandlingstyp och antal behandlingstillfällen:

	Alk	Drog
1 - Avgiftning i öppenvård	<input type="text" value="0,1"/>	<input type="text" value="0,0"/>
2 - Avgiftning i slutenvård	<input type="text" value="0,2"/>	<input type="text" value="0,0"/>
3 - Drogsub. i öppenvård	<input type="text" value="0,0"/>	<input type="text" value="0,0"/>
4 - Öppenvård, drogfri	<input type="text" value="0,3"/>	<input type="text" value="0,0"/>
5 - Slutenvård, drogfri	<input type="text" value="0,0"/>	<input type="text" value="0,0"/>
6 - Dagvård	<input type="text" value="0,0"/>	<input type="text" value="0,0"/>
7 - Psykiatrisk vård	<input type="text" value="0,3"/>	<input type="text" value="0,0"/>
8 - Annan sjukhusvård	<input type="text" value="0,0"/>	<input type="text" value="0,0"/>
9 - Annan behandling	<input type="text" value="0,0"/>	<input type="text" value="0,0"/>

18. Vilket medel utgör det dominerande problemet?

Ange nummer enligt listan ovan (Fråga 1-12) eller:

00 - inget problem

15 - alkohol och något narkotiskt medel

16 - missbruk av mer än två medel

19. Hur lång var den senaste perioden då Du utan föregående behandling avstod från att använda detta dominerande medel?

(00 - aldrig avstått)

20. För hur många månader sedan upphörde denna missbruksfria period? (00 - avstår fortfarande)

21. Hur mycket pengar har Du betalat under de senaste 30 dagarna för?

Alkohol

Narkotika

22. Hur många dagar av de senaste 30 har Du fått behandling för alkohol- eller narkotikamissbruk i öppenvård? (Inkl. AA, NA, Länkarna etc)

23. Hur många dagar av de senaste 30 har Du upplevt:

Alkoholproblem

Narkotikaproblem

FÖR FRÅGORN 24 & 25

BE KLIENTEN ANVÄNDA

SKATTNINGSSKALAN

24. Hur oroad eller besvärad har Du varit under de senaste 30 dagarna av:

Alkoholproblem

Narkotikaproblem

25. Hur viktigt är det för Dig nu att få behandling för Dina:

Alkoholproblem

Narkotikaproblem

INTERVJUARSKATTNING AV SVÄRIGHETSGRAD

26. Hur skattar Du klientens behov av behandling för sitt:

Alkoholmissbruk

Narkotikamissbruk

INTERVJUARSKATTNING AV SVARENS TILLFÖRLITLIGHET

Är ovanstående uppgifter i betydande grad förvängda av:

27. Klientens förvanskning av förhållandena?

0 - Nej 1 - Ja

28. Klientens svårighet att förstå frågorna?

0 - Nej 1 - Ja

KOMMENTARER

0. Ord

Familj- och umgänge

Kod:

1. Civilstånd:
 1 - Gift **2**
 2 - Sammanboende
 3 - Ensamstående, tidigare gift eller sammanboende
 4 - Ensamstående, aldrig gift eller sammanboende
2. Hur länge har Du haft detta civilstånd? (Om aldrig gift sedan 18 års ålder)
 (ÅÅ MM) **10** **06**
3. Är Du nöjd med denna situation?
 0 - Nej **1**
 1 - Likgiltig
 2 - Ja
- *4. Vanligaste levnadsförhållanden de senaste tre åren:
 1 - Med partner och barn **1**
 2 - Endast med partner
 3 - Endast med barn
 4 - Med föräldrar
 5 - Med släktingar
 6 - Med vänner
 7 - Ensam
 8 - På institution/motsvarande
 9 - Inga stabila levnadsförhållanden
5. Hur länge har Du levt under dessa förhållanden? (Om med föräldrar eller släktingar sedan 18 års ålder)
 (ÅÅ MM) **10** **00**
6. Är Du nöjd med dessa levnadsförhållanden?
 0 - Nej **0**
 1 - Likgiltig
 2 - Ja
- Lever Du tillsammans med någon som:
 - a. Missbrukar alkohol för närvarande?
 0 - Nej 1 - Ja **1**
 - b. Använder ickeförskrivna narkotiska preparat?
 0 - Nej 1 - Ja **0**
7. Med vem tillbringar Du det mesta av Din fritid?
 1 - Familj/anhöriga utan aktuella alkohol- eller narkotikaproblem **2**
 2 - Familj/anhöriga med aktuella alkohol- eller narkotikaproblem
 3 - Vänner utan aktuella alkohol- eller narkotikaproblem
 4 - Vänner med aktuella alkohol- eller narkotikaproblem
 5 - Ensam
8. Är Du tillfreds med att tillbringa Din fritid på detta sätt?
 0 - Nej **0**
 1 - Likgiltig
 2 - Ja
9. Hur många nära vänner har Du?
 0,2

FAMILJ OCH UMGÄNGE

- FÖR FRÅGORNA 9A-18:**
 0 - Klart nej för någon/några i kategorin
 1 - Klart ja för någon/några i kategorin
 X - Osäker eller "jag vet inte"
 N - Fanns aldrig någon av kategorin.
- 9a. Skulle Du säga att Du haft nära, långvariga och personliga relationer med några av följande personer i Ditt liv?

Mor:	<input type="checkbox"/> 1
Far:	<input type="checkbox"/> 0
Syskon:	<input type="checkbox"/> 1
Partner/maka/make:	<input type="checkbox"/> 1
Egna barn:	<input type="checkbox"/> 1
Vänner:	<input type="checkbox"/> 1

Har Du upplevt betydande perioder då Du haft stora svårigheter att komma överens med:

- | | 0 - Nej | 1 - Ja | Senaste 30 dgr | Tidigare i livet |
|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 10. Mor? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 11. Far? | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 12. Syskon? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 13. Partner/maka/make? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 14. Egna barn? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 15. Annan nära släkting? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 16. Nära vänner? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 17. Grannar? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 18. Arbetskamrater? | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |

Har någon av dessa personer (10-18) misshandlat Dig:

- | | 0 - Nej | 1 - Ja |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 18a. Psykiskt/känslomässigt? (Fått Dig att må dåligt genom hårda ord) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 18b. Fysiskt? (Skadat Dig fysiskt) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |

18c. Sexuellt? (Påtvingade sexuella närmanden eller handlingar) **0**

19. Hur många dagar av de senaste 30 har Du haft allvarliga konflikter med:

A. Din familj eller anhöriga (Dagar)

B. Andra personer? (Dagar)

FÖR FRÅGORNA 20 TILL 23 BE KLIENTEN ANVÄNDA SKATTNINGSSKALAN

Har oroad eller besvärad har Du varit under de senaste 30 dagarna av dessa:

20. Familj-/anhörigproblem?

21. Övriga relationsproblem?

Hur viktigt är det för Dig nu att få hjälp för dessa:

22. Familj-/anhörigproblem?

23. Övriga relationsproblem?

INTERVJUARSKATTNING AV SVÄRIGHETSGRAD

24. Hur skattar Du klientens behov av hjälp för sina familj-/anhörig- och/eller övriga relationsproblem **5**

INTERVJUARSKATTNING AV SVARENS TILLFÖRLITLIGHET

Är ovanstående uppgifter i betydande grad förvrängda av:

25. Klientens förvanskning av förhållandena?
 0 - Nej 1 - Ja

26. Klientens svårighet att förstå frågorna?
 0 - Nej 1 - Ja **0**

KOMMENTARER:

Psykisk hälsa

Kod:

*1. Hur många gånger har Du fått behandling för psykiska eller känslomässiga problem?
 I dygnsvård
 I öppenvård

2. Har Du pension eller sjukbidrag p g 4 psykiska besvär?
 0 - Nej 1 - Ja

Har Du haft någon längre period då Du:
 (Fråga 3 till 6 avser ej under perioder av direkt alkohol- eller drogpåverkan, se manual)

0 - Nej 1 - Ja Senaste Tidigare 30 dgr i livet

3. Upplevt allvarlig depression?

4. Upplevt allvarlig ångest eller allvarliga spänningstillstånd?

5. Upplevt svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera Dig?

6. Upplevt hallucinationer?

7. Upplevt svårigheter att kontrollera våldsamt beteende?

8. Ordinerats läkemedel för något psykiskt eller känslomässigt problem?

9. Upplevt att Du haft allvarligt menade självmordstankar?

10. Gjort självmordsförsök?

*10a. Hur många gånger har Du gjort självmordsförsök?

PSYKISK HÄLSA

11. Hur många dagar, av de senaste 30, har Du upplevt dessa psykiska eller känslomässiga problem?

FÖR FRÅGORNA 12 OCH 13 BE
 KLIENTEN ANVÄNDA
 SKATTNINGSSKALAN

13. Hur viktigt är det för Dig nu att få hjälp för dessa psykiska problem?

FÖLJANDE FRÅGOR SKA BESVARAS AV INTERVJUAREN:

Är klienten/patienten vid intervjutillfället:
 0 - Nej 1 - Ja

14. Uppenbart deprimerad/tillbakadragen?

15. Uppenbart fientlig?

16. Uppenbart ångestfull/nervös?

Har klienten vid intervjutillfället:
 0 - Nej 1 - Ja

17. Svårigheter med verklighetsförankring, tankeoreda eller paranoida föreställningar?

18. Svårigheter att förstå, koncentrera sig eller minnas?

19. Självmordstankar?

INTERVJUARSKATTNING AV SVÅRIGHETSGRAD

20. Hur skattar Du klientens behov av psykiatrisk/psykologisk behandling?

INTERVJUARSKATTNING AV SVARENS TILLFÖRLITLIGHET

Är ovanstående uppgifter i betydande grad förvringda av:

21. Klientens förvanskning av förhållandena?

22. Klientens svårighet att förstå frågorna?

KOMMENTARER:

Vårdad efter saici försök som inneå ande

8. Ordinerad anti medicin

9. Tänker dagligen på att ta sitt li

10. Skurit sig

10a. 1994, 1998, 19.

Intervju avslutad: (TT MM)

Bilaga 2

Skriftlig redovisning av ASI-intervjun

Datum för intervju:	2002-05-12
Klientkod:	TF-22
Intervjuarkod:	dzk
Enhet/institution:	kommun
Ort	Köping
Intervjutyp:	Grundintervju

Allmän information

Klienten är en 38-årig kvinna som för närvarande bor i Köpings kommun. Hon bor huvudsakligen i egen bostad. Sedan fem år bor hon på nuvarande adress. Under de senaste trettio dagarna har hon inte varit inlagd på någon institution

Hon har sin nationella tillhörighet i Sverige. Hon är född i Sverige. Fadern är född i Sverige liksom modern.

Fysisk hälsa

Klienten har aldrig varit inlagd på sjukhus för fysiska skador eller sjukdomar. Hon har allvarliga problem med kroniska ledbesvär. Hon har aldrig haft hepatit. För åtta månader sedan gjordes en HIV-test med negativt resultat. Hon är med andra ord inte HIV-smittad. Hon är ordinerad regelbunden medicinering för fysiska skador eller sjukdomar. Under det senaste halvåret har hon inte behandlats av läkare för fysiska skador eller sjukdomar. Hon har inte pension eller sjukbidrag för fysisk sjukdom eller skada.

Klientens skattningar

Klienten har haft problem med sin fysiska hälsa sju dagar under de senaste trettio dagarna. Hon har varit måttligt oroad eller besvärad av problem med sin fysiska hälsa de senaste trettio dagarna. Hennes egen bedömning är att hon har ett måttligt behov av hjälp för sin fysiska hälsa.

Intervjuarens skattning

Intervjuaren skattar att klienten har ett måttligt problem med sin fysiska hälsa. Behovet av behandling bedöms vara måttligt.

Kommentarer:

1. Värktabletter

Arbete och försörjning

Klientens utbildning motsvarar gymnasium. Hon har inte någon eftergymnasial utbildning. Hon har undersköterskeutbildning. Giltigt körkort finns men hon har inte tillgång till bil. Den längsta sammanlagda peri-

od som klienten arbetade regelbundet varade sex år. Den längsta arbetslöshetsperioden varade fyra månader. Undersköterska är den vanligaste eller senaste sysselsättningen. De senaste tre åren har klienten huvudsakligen arbetat heltid. De senaste trettio dagarna har hon arbetat 22 dagar. Av de senaste trettio dagarna har hon varit sjukskriven 30 dagar.

Hon har de senaste trettio dagarna

- erhållit sjukpenning.
- erhållit pengar från partner/familj eller vänner.

Den huvudsakliga försörjningskällan är sjukpenning/sjukbidrag/pension. Hon har inga skulder överstigande 500 kronor. Det finns två personer som är beroende av klienten för sitt uppehälle.

Klientens skattningar

Klienten uppger att hon inte har haft problem med arbetet eller arbetslöshet de senaste trettio dagarna. Hon har varit lite oroad eller besvärad av problem med arbete eller arbetslöshet. Själv bedömer hon att hon inte har behov av hjälp för problem med arbete eller arbetslöshet.

Intervjuarens skattning

Intervjuaren skattar att klienten inte har något problem med arbete och försörjning. Bedömningen är att hjälpinsatser krävs inte.

Kommentarer:

3. Tvåårig gymnasieutbildning
- 9b. Har fast anställning
20. Barn

Alkoholproblem

Klienten började med regelbunden användning av

- alkohol vid 16 års ålder. Hon har använt alkohol regelbundet i 13 år.
- alkohol till berusning vid 16 års ålder. Hon har använt alkohol till berusning regelbundet i tolv år.

Under de senaste trettio dagarna har klienten använt alkohol regelbundet 15 dagar och till berusning 15 dagar. Hon har aldrig haft delirium. Alkohol är det dominerande problemet. Den senaste perioden då hon på egen

hand avstod från denna drog varade tre månader. Denna period upphörde för tolv månader sedan. Vid tre tillfällen har avgiftning varit aktuell. Hon har genomgått sex behandlingar för alkoholproblem. Den längsta perioden av missbruksfrihet från alkohol efter behandling varade 24 månader. Senaste månaden har klienten lagt ut 1500 kronor på alkohol.

Klientens skattningar

Klienten har haft problem samtliga av de trettio senaste dagarna. Hon har varit mycket oroad eller besvärad av alkoholproblem de senaste trettio dagarna. Själv bedömer hon att hon har ett mycket stort behov av hjälp för sina alkoholproblem.

Intervjuarens skattning

Intervjuaren skattar att klienten har ett påtagligt alkoholproblem. Ett påtagligt behov av behandling bedöms föreligga.

Narkotikaproblem

Klienten började med regelbunden användning av

- andra opiater vid 35-års ålder. Hon har använt andra opiater regelbundet i ett år.

De senaste trettio dagarna har hon använt opiater/smärtstillande preparat 15 dagar, fler droger per dag 5 dagar. Ingen avgiftning har varit aktuell. Hon har inte genomgått behandling för narkotikaproblem.

Klientens skattningar

Klienten har inte haft några problem med narkotika de senaste trettio dagarna. Hon har inte känt sig oroad eller besvärad av narkotikaproblem under denna tid. Själv bedömer hon att hon inte har behov av hjälp för sina narkotikaproblem.

Intervjuarens skattning

Intervjuaren skattar att klienten inte har narkotikaproblem. Behovet av hjälp eller behandling bedöms inte föreligga.

Kommentarer (avser alkohol och narkotika):

5. Ordinerad, följer ordination

Kriminalitet

Klienten har inte varit åtalad.

Klientens skattningar

De senaste trettio dagarna har klienten inte varit intagen på häkte, kriminalvårdanstalt eller rättspsykiatrisk avdelning. Hon har inte varit oroad eller besvärad av juridiska problem de senaste trettio dagarna. Själv bedömer hon att hon inte har något behov av hjälp för juridiska problem.

Intervjuarens skattning

Intervjuaren skattar att klienten inte har några juridiska problem. Hon bedöms inte ha behov av hjälp.

Missbruk och psykiska problem i släkten

Följande släktingar har eller har haft allvarliga problem med alkohol: far, den förste brodern. Följande släktingar har eller har haft allvarliga problem med droger: mor, den förste brodern. Följande släktingar har eller har haft allvarliga problem med sin psykiska hälsa: mormor, den förste brodern, den första systemen.

Familj och umgänge

Klienten är sammanboende. Detta civilstånd har hon haft i tio år. Hon känner sig likgiltig inför detta förhållande. Under de senaste tre åren har hon huvudsakligen levt med partner och barn. Hon har levt på detta sätt i tio år. Hon känner sig inte nöjd med dessa levnadsförhållanden. Hon lever tillsammans med någon som missbrukar alkohol. Sin fritid tillbringar hon oftast med familj/anhöriga med aktuella missbruksproblem. Hon är inte tillfreds med att tillbringa sin fritid på detta sätt. Hon har två nära vänner.

Till mor, syskon, sin partner, egna barn, vänner har hon haft en nära, långvarig och personlig relation. Hon har tidigare haft några längre perioder med stora svårigheter att komma överens med far, partner/maka/make. De senaste trettio dagarna har hon haft svårigheter att komma överens med partner/maka/make. Hon har tidigare blivit utsatt för psykiska och fysiska övergrepp. De senaste trettio dagarna har hon blivit utsatt för psykiska övergrepp.

Klientens skattningar

Klienten har haft allvarliga konflikter med familj eller anhöriga fem av de senaste trettio dagarna. Hon har känt sig lite oroad eller besvärad av problem med familj eller anhöriga. Själv bedömer hon att hon har ett litet behov av hjälp för sina problem med familj eller anhöriga.

Klienten har inte haft några allvarliga konflikter med andra personer de senaste trettio dagarna. Hon har inte känt sig oroad eller besvärad av dessa relationsproblem. Själv bedömer hon att hon inte har behov av hjälp för andra relationsproblem.

Intervjuarens skattning

Intervjuaren skattar att klienten har måttliga relationsproblem med familj, anhörig eller andra personer. Hon bedöms ha ett måttligt behov av hjälp.

Psykisk hälsa

Klienten har vid tre tillfällen fått behandling för psykiska eller känslomässiga problem i dygnsvård. Hon har vid två tillfällen fått behandling för psykiska eller känslomässiga problem i öppenvård.

Klienten har tidigare

- upplevt längre perioder med allvarliga depressioner
- upplevt längre perioder av allvarlig ångest eller spänningstillstånd
- under längre perioder haft svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera sig
- ordinerats läkemedel för något psykiskt eller känslomässigt problem
- haft allvarligt menade självmordstankar
- gjort självmordsförsök

De senaste trettio dagarna har hon

- upplevt en längre period med allvarlig depression
- upplevt en längre period med allvarlig ångest eller spänningstillstånd
- varit ordinerad läkemedel för något psykiskt eller känslomässigt problem
- upplevt allvarligt menade självmordstankar

Klienten har gjort tre självmordsförsök.

Klientens skattningar

Klienten har haft psykiska eller känslomässiga problem samtliga av de senaste trettio dagarna. Under denna period har hon känt sig mycket oroad eller besvärad av psykiska eller känslomässiga problem. Själv gör hon bedömningen att hon har ett mycket stort behov av hjälp för psykiska eller känslomässiga problem.

Intervjuarens skattning

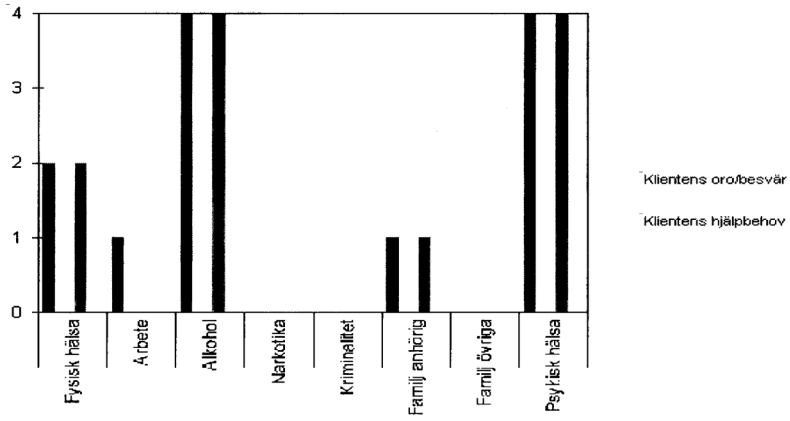
Intervjuaren skattar att klienten har uttalade psykiska eller känslomässiga problem. Hon bedöms ha ett uttalat behov av hjälp.

Kommentarer:

1. Vårdad efter suicidförsök som ineliggande
8. Ordinerad antidepressiv medicin
9. Tänker dagligen på att ta sitt liv
10. Skurit sig
- 10 a. 1194, 1998, 1999

Notera att intervjuaren har skattat att klienten har mycket stora problem och är i stort behov av hjälp inom följande områden: alkohol och psykisk hälsa.

Klientens oro/hjälpskattning:



Intervjuarens skattning:

