



MALMÖ HÖGSKOLA
FAKULTETEN FÖR
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

ATT TA STÄLLNING

PROFESSIONELLA BEDÖMNINGAR INOM
UNDERHÅLLSBEHANDLING AV
OPIATBEROENDE

JAKOB TORNBERG

ATT TA STÄLLNING

PROFESSIONELLA BEDÖMNINGAR INOM UNDERHÅLLSBEHANDLING AV OPIATBEROENDE

JAKOB TORNBERG

Tornberg, J. Att ta ställning. Professionella bedömningar inom underhållsbehandling av opiatberoende. *Examensarbete i socialt arbete 30 högskolepoäng*. Malmö högskola: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för socialt arbete, 2014.

Socialstyrelsen, i sin roll av tillsynsmyndighet för den läkemedelsassisterade opiatvården, utfärdar riktlinjer för detta arbete. Av dessa framkommer vissa skyddsfaktorer av särskild vikt, vilka har operationaliserats i en factorial survey med en randomiserad och en standardiserad vinjettkomponent. Dessa bedömdes av yrkesverksamma inom underhållsbehandling, totalt 38 personer. Materialet bearbetades genom multipel regressionsanalys. Resultatet visade att tre av variablerna - psykosocial intervention, boendesituationen samt familjen/nätverkets stöd, har ungefär lika stor påverkan på bedömningar. Variabeln för sysselsättning hade ytterst marginell påverkan. Vidare visade materialet att den arbetsplats som respondenten var yrkesverksam på var viktigare för att förstå påverkan av bedömningar än någon av ovan nämnda variabler. Detta diskuteras med hjälp av de teoretiska modellerna för återhämtningskapital, handlingsutrymme och judgement theory.

Nyckelord: bedömningar, factorial survey, handlingsutrymme, professionella bedömningar, substitutionsvård, underhållsbehandling, vinjetter, återhämtningskapital.

TO TAKE A POSITION

PROFESSIONAL JUDGEMENT IN THE MEDICALLY ASSISTED OPIATE TREATMENT

JAKOB TORNBERG

Tornberg, J. To take a position. Professional judgement in the medically assisted opiate care. *Degree project in social work 30 credits*. Malmö University: Faculty of health and society, Department of social work, 2014.

The Swedish national board of health and welfare is the regulatory body for the medically assisted opiate care. As such, the board issues guidelines for this field. These guidelines contain several recommendations concerning salutogen factors, namely housing, the role of the family and network, work and psychosocial care. These are incorporated in vignettes using the factorial survey approach, and distributed to 38 Swedish opiate care professionals. The results show that while the variables family/network, housing and psychosocial care have a relatively coherent influence on professional judgement, work does not. However, the single most relevant factor is the clinicians workplace to understand influence on professional judgement. The results are discussed using a framework of recovery capital and judgement theory.

Keywords: factorial survey approach, maneuvering room, medically assisted opiate care, professional judgement, recovery capital, vignette.

FÖRORD

Många människor förtjänar ett tack för den hjälp som jag har fått under uppsatstiden. Först och främst vill jag tacka samtliga verksamheter och respondenter som har tagit emot mig, tålmodigt fyllt i enkäter och kommit med relevant feedback. Utan er insats hade inte uppsatsen gått att genomföra.

Vidare vill jag med emfas tacka min handledare Enrique Perez, för att han hela tiden utmanar det jag tror att jag vet; och Lisa Wallander på Malmö högskola, som konsekvent tvingat mig att lära mig mer.

Jag vill även rikta ett tack till min familj och mina vänner, som fått följa uppsatsens upp- och nedgångar i realtid, samt Helene Bugge Sveri för löpande stöd och kaffepauser.

Ytterst vill jag tacka min partner Emilia Agetorp, som med lika delar kärlek och kritik har tvingat mig att skriva bättre än vad jag kan.

- Jakob Tornberg, Malmö 2014.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. BAKGRUND	3
1.1 Inledning	3
1.2 Syfte	3
1.3 Frågeställning	4
2. TIDIGARE FORSKNING	4
2.1 Socialstyrelsens riktlinjer	4
2.1.1 Skyddsfaktorer	5
2.2 Attityder och bedömningar inom socialtjänsten	6
2.3 Attityder och bedömningar inom underhållsbehandling	11
2.4 Attityder, återhämtningskapital och retention	13
2.5 Attityd och kunskap som mått på organisatoriska skillnader	15
3. METOD	17
3.1 Urval och materialinsamling	17
3.2 Generellt om den metodologiska ansatsen	17
3.3 Om den kvantitativa ansatsens orsaksbegrepp	18
3.4 Vinjetter	19
3.5 Factorial survey approach	19
3.6 Multipel regressionsanalys	21
3.6.1 Determinationskoefficienten R ²	21
3.6.2 B-koefficienten	22
3.7 Statistisk signifikans	22
4. OPERATIONALISERING	23
4.1 Generellt om designen av vinjetterna	23
4.1 Standardiserad vinjett	24
4.3 Randomiserad vinjett	26
4.4 Bakgrundsfakta	27
5. ETISKA AVVÄGNINGAR	27
6. TEORI	28
6.1 Om begrepp vid översättning av det engelska originalmaterialet	28
6.2 Teoretiska antaganden och avvägningar	28
6.3 Vad är ett beslut?	29
6.4 Återhämtningskapital	30
6.5 Handlingsutrymme	32
7. RESULTAT	32
7.1 Om respondentgruppen	32
7.2 Standardiserad vinjett	33
7.3 Resultat av den standardiserade vinjetten	33
7.4 Spridning i bedömning	34

7.5 Standardiserad variabel: verksamhet 1	35
7.6 Standardiserad variabel: verksamhet 2	35
7.7 Standardiserad variabel: verksamhet 3	36
7.8 Standardiserad variabel: verksamhet 4	36
7.9 Jämförelse av verksamheterna	37
7.10 Professionens påverkan av beslutet	38
7.11 Resultat av de randomiserade vinjetterna	40
7.12 Variablernas påverkan på beslut	41
7.13 Organisationernas påverkan på bedömningar	41
8. DISKUSSION	42
8.1 Resultatdiskussion	42
8.1.1 Verksamheten och dess påverkan	42
8.1.2 Det teoretiska ansvaret	43
8.1.3 Återhämtningskapitalet och dess roll	44
8.1.4 Uppsatsens resultat som en del i forskningskontexten	44
8.1.5 Generaliserbarhet	46
8.2 Metoddiskussion	46
9. SLUTSATS	48
10. LITTERATURFÖRTECKNING	49
BILAGA 1 - EXEMPEL PÅ RANDOMISERAD VINJETT	53
BILAGA 2 - INFORMATIONSBREV	54
BILAGA 3 - FÖRTECKNING ÖVER TABELLER OCH FIG.	55

1. BAKGRUND

1.1 Inledning

Den italienska marxistiske filosofen och politikern Antonio Gramsci skrev i ett av sina verk "att leva är att ta ställning" (Tiso, 2013). Det är det citat varifrån denna uppsats har lånat sitt namn, och även ett citat som i sin form sammanfattar ett av de centrala momenten i det sociala arbetets praktik: bedömningsprocessen. I denna ingår att utvärdera situationer och avgöra hur dessa skall hanteras på bästa sätt. Denna process kan grunda sig på insamlande av information, bedömning och värdering av denna och, slutligen att betrakta detta med sin kunskap och intuition i syfte att fatta ett beslut. Processen är inte alltid formaliserad på det sätt som det framställs här. Istället är det ofta frågan om en intuitiv process.

I det sociala arbetets praktik, där arbetet ofta är med komplexa situationer och komplexa problem, förefaller behovet av att studera om bedömningar särskilt viktigt. I den diskurs kring beslut som dominerar stor del av litteraturen i fältet ställs den enskilde yrkesverksammas bedömningar mot en byråkratiserad evidensrörelse, ibland som poler på en skala, och ibland som binära positioner (Ekendahl, 2011). I följande uppsats kommer jag, istället för att ta ställning i en sådan diskursiv motsättning, att försöka studera tillämpningen och genomslaget av standardiserade föreskrifter på underhållsbehandlingen av opiatberoende, och hur dessa påverkar de bedömningar som fattas inom ramen för dessa verksamheter.

1.2 Syfte

Socialstyrelsen rekommenderar i sina riktlinjer att behandling för längre opiatmissbruk görs med läkemedlen metadon och subutex; dessa skall kombineras med psykosociala insatser (Socialstyrelsen, 2007, p. 55). Psykosociala insatser skall i sammanhanget förstås både som insatser för den psykiska hälsan, såsom terapi; och insatser för att förbättra den sociala situationen, såsom boende och sysselsättning. Denna metod, även kallad läkemedesassisterad rehabilitering eller substitutionsvård, räknas ha den högsta evidensgraden bakom sig när det gäller tillfrisknande från opiatmissbrukmissbruk.

Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet för substitutionsvården, och därmed den reglerande enhet som ytterst ansvarar för denna vårdform. Socialstyrelsen, utfärdar de föreskrifter som reglerar underhållsbehandlingen (Socialstyrelsen, 2013). Särskilt intressant för denna uppsats syfte är de delar som reglerar bedömningar och uteslutningar från vården. Detta görs i kapitel 4, § 11. Av denna paragraf framkommer att uteslutning från programmet kan förekomma då det, trots stödinsatser, inte går att förmå patienten att medverka till att uppfylla målet med behandlingen. Det är bland annat dessa bedömningar som är av särskilt värde att förstå. Nämnas bör att beslutet ytterst skall fattas av ansvarig läkare eftersom det rör medicinering.

Socialstyrelsen utfärdar även flera hjälpmedel för hur behandlingen kan utföras, såsom de nationella riktlinjerna (Socialstyrelsen, 2007) och verksamhetsföreskrifterna (Socialstyrelsen, 2013). Dessa utgör i stor utsträckning grunden för denna uppsats frågeställning.

Riktlinjerna har både sjukvården och socialtjänsten som målgrupp, och dess huvudsakliga syfte är att sammanfatta evidensläget för de behandlingsmetoder

som i dagsläget är aktuella inom området. De lyfter även fram faktorer som enligt forskningskonsensus har påverkan på tillfrisknandeprocessen. Dessa är familjestöd, bostadssituation, relation till behandlare och sysselsättning (Socialstyrelsen, 2007). Det är dessa fyra faktorer som kommer att studeras i uppsatsen.

Vad man bör notera är att Socialstyrelsen i riktlinjerna endast pekar på faktorernas positiva effekt på tillfrisknandeprocessen, inte hur enskild personal skall förhålla sig till dessa. Bör den enskilde yrkesutövaren förstå dessa som havande så pass stor påverkan på tillfriskningsprocessen att personer som uppfyller ett eller flera av kriterierna inte skall ges utrymme för att bryta mot programmets regler? Eller skall de förstås som att de individer som uppfyller kriterierna har så pass stora möjligheter att bli friska att de kan skrivas ut från programmet utan allt för stora konsekvenser? Socialstyrelsen menar vidare att individuella bedömningar bör göras för att förstå individens missbruk eller beroende. En multipluralistisk sjukdomsförståelse skall prägla arbetet (Socialstyrelsen, 2007), men utförlig vägledning för hur riktlinjernas skyddsfaktorer skall tillämpas saknas.

Vidare har det i många delar av det sociala arbetes praktik länge förelegat ett problematiskt förhållande till implementering av forskningsresultat. Verksamheterna har ofta präglats av muntliga traditioner och verksamhetsanknuten kunskapsöverföring (Sheppard, et al., 2000). Att detta förhållande till forskning även sträcker sig till Socialstyrelsens (2007) riktlinjer har, såvitt uppsatsförfattaren känner till, aldrig testats på ett strukturerat vis, och inte med den metodologi som avses användas i denna uppsats. Då uppsatsen vidare ämnar studera flera olika verksamheter, kommer verksamhetsspecifika variabler att ingå som en förklaringsmekanism för att förstå hur beslut inom underhållsbehandling görs.

För studien kommer metoden factorial survey att tillämpas. Denna metod baseras på enskilda bedömningar av vinjetter - korta beskrivningar av en klient och en situation - och använder olika statistiska verktyg för att förstå hur bedömningarna skiljer sig åt beroende på hur vinjetten ser ut (Wallander, 2008). Studien kommer att göras i enkätform.

1.3 Frågeställning

Frågeställningen för uppsatsen är följande: Har Socialstyrelsens definierade skyddsfaktorer för tillfrisknande från beroende av opiater och opioider påverkan på hur allvarligt yrkesverksamma inom de studerade verksamheterna för underhållsbehandling bedömer enskilda situationer; samt ifall sådan påverkan förekommer, hur ser denna ut, och går det att i materialet se faktorer utöver dessa som påverkar bedömningar.

2. TIDIGARE FORSKNING

2.1 Socialstyrelsens riktlinjer

Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen, 2007) har som huvudsyfte att sammanfatta tillgänglig vetenskap om behandlingsläget för missbruksvård. Riktlinjerna identifierar uttryckligen fyra faktorer som utöver behandlingsmetoderna påverkar rehabiliteringsprocessen.

Generellt för olika behandlingar för missbruk och beroende är att endast en mindre del av drogfrihet som utfall kan tillskrivas behandlingen. Denna beräknas generellt för beroende vara 10 %-15 %, och för narkotikaberoende vara 15 %-20 %. Resterande varians tillskrivs för effektstudierna okända variabler, såsom boendesituation, stöd eller sysselsättning. Av dessa tillhör boendesituation och sysselsättning de nämnda skyddsfaktorerna. Särskilt lyfter riktlinjerna fram den personliga relationen till behandlaren (Socialstyrelsen, 2007). Även stödinsatser till klientens familj eller närstående rekommenderas, särskilt som familj är en av de faktorer som särskilt lyfts fram som av vikt för tillfrisknandet.

Vid diskussioner om underhållsbehandling avses i Sverige framförallt de tre läkemedlen metadon, subutex och revia. Av dessa är metadon den mest frekvent använda. Metadon har vidare goda behandlingseffekter, både på kvarstannande i behandling, så kallad retention; missbruksintensitet, socialt fungerande och minskad dödlighet. Särskilt det sistnämnda är centralt för att förstå läkemedlets framskjutna roll - opiatmissbrukare har som grupp mellan 40 och 50 gånger förhöjd dödlighet jämfört med normalpopulationen: framförallt ett resultat av överdoser (Socialstyrelsen, 2007).

För att sätta opiatanvändningen i ett sammanhang kan det även vara relevant att se till de konkreta fysiologiska effekterna av missbruket. Det är relevant att skilja på de psykologiska effekterna av drogen - hur kognitiva och emotionella processer påverkas, och de fysiologiska effekterna. Bland de psykologiska effekterna är framför allt avtrubning, koncentrationssvårigheter och kronisk nedstämdhet framlyfta i Socialstyrelsens (2007) genomgång. Bland de fysiologiska effekterna kan nämnas en konkret påverkan på tarmarna och njurarnas funktionalitet, lunginflammation, infektionssjukdomar som hiv, hepatit och blodförgiftning samt flera neurologiska skador (Socialstyrelsen, 2007).

2.1.1 Skyddsfaktorer

De ovan nämnda 4 påverkansfaktorerna kommer här att beskrivas mer ingående. Socialstyrelsen är i sina riktlinjer (Socialstyrelsen, 2007) noggranna med att poängtera att trots att patienten har skyddande faktorer, är den individuella bedömningen central.

Boendesituation: Bostadslöshet lyfts fram som en faktor med stark påverkan på tillfrisknandeprocessen. Bostadslöshet är vidare en aktuell faktor för en av sju missbrukare med kontakt med socialtjänst eller sjukvård. Samtidigt har gruppen svårare ta sig ur bostadslöshet än andra grupper. Särskilt för bostadslösa är kontinuitet och stringens i vårdsituationen central (Socialstyrelsen, 2007).

Familjens roll: Socialstyrelsen (2007) identifierar familjen till patienten som en viktig stödfaktor vid rehabilitering från långvarig missbruk. Familjen kan även ha en stark påverkan i den initiala stegen av missbruksvård, där just kontaktsökandet är centralt. Värt att nämna är att familjeförhållanden även kan ha en stark negativ påverkan på tillfrisknandeprocessen, och särskilt vid de fall partner eller barn själva missbrukar kan effekten vara den omvända - relationen till familjemedlemmen håller den enskilde kvar i ett missbruk.

Sysselsättning: Vid sysselsättning eller arbete som skyddsfaktor är evidensgrunden mer splittrad, både avseende retention och som skydd mot

missbruk (Socialstyrelsen, 2007). Av forskning som redovisas på annan plats i uppsatsen framgår dock att sysselsättning kan antas ha en påverkan på den enskildes tillriskynde.

Personalrelationer: Den avslutande av skyddsfaktorerna är den enskildes relation till behandlingspersonal (Socialstyrelsen, 2007). Denna är den enda av ovanstående variabler som inte kommer att ingå i uppsatsens operationalisering. Då det inom ramen för vinjetter är svårt att operationalisera en mellanmänsklig relation kommer denna faktor behandlas som psykosocial behandling. Detta är dock endast en approximation till det värde Socialstyrelsen (2007) avser.

Utöver dessa variabler menar Socialstyrelsen att även kön och ålder är variabler som kan anses ha en påverkan på resultatet av behandlingen. Dessa kommer inte att undersökas i uppsatsen, utöver att deras inflytande kontrolleras för i uppsatsens operationaliseringsfas.

2.2 Attityder och bedömningar inom socialtjänsten

Attityder och bakomliggande kunskapsantaganden inom missbruksfältet studeras ingående i de två rapporterna *Vad styr vårdvalen?* (Blomqvist & Wallander, 2005) och *Åt var och en vad hon behöver?* (Blomqvist & Wallander, 2004). Dessa fokuserar helt på den kommunala socialtjänstens missbruksvård i Storstockholm, och kan därför antagas skilja sig i resultat från de landstingsanställda respondenter som berörs i denna uppsats. Rapporterna har dock ett definitivt värde då de effektivt visar hur bedömningar görs inom den kommunala socialtjänstens missbruksarbete - ett bedömningsarbete som både tematiskt och praktiskt gränsar till och interagerar med underhållsbehandlingsens arbete. Båda rapporterna använder sig av factorial survey-metoden.

Utgångspunkten i *Vad styr vårdvalen?* (Blomqvist & Wallander, 2005) är användandet av vinjetter för bedömning, där varje individuell respondent bedömer flera olika vinjetter. Dessa har konstruerats med utgångspunkt i att vara beskrivande, och de har även randomiserats vad gäller vinjettförekomster. De kan anses ha en hög reliabilitet, då de utgår från i verkligheten förekommande klientegenskaper identifierade genom en förstudie med totalt 39 socialsekreterare. Konstruktionen av vinjetterna kan därmed sägas till viss del återspegla verkliga bedömningskriterier. Operationaliseringen av de identifierade variablerna beskrivs vara att de "konstruerades för att spänna över ett så brett spektrum som möjligt inom socialtjänstens missbruksvård förekommande klientprofiler" (Blomqvist & Wallander, 2005, p. 18). Utifrån detta material kunde variabler identifieras och vinjetter konstrueras. Vinjetterna skapades i flera nivåer och med olika frågor och olika variabler för varje nivå. De variabler som ingick i samtliga vinjetter var kön, ålder, missbruksmedel, missbruksmönster, problemuppfattning, social situation, psykisk hälsa och fysisk hälsa. Utöver dessa gjordes särskilda bedömningar på varje nivå. Totalt medverkade 205 socialsekreterare i vinjettstudien (Blomqvist & Wallander, 2005).

Respondenterna ombads bedömma vinjetterna genom att initialt rekommendera en insats; sedan specificera insatsens karaktär; sedan i fritext motivera valet av insats, och slutligen ange om respondenten tror att beslutet i verkligheten, inom ramen för den egna organisationen, hade sett ut så som det bedömdes av respondenten och ifall det saknades information i vinjetterna som skulle ha underlättat bedömningen. Dessa frågor motsvarar var och en en nivå i vinjetten (Blomqvist &

Wallander, 2005). Bakgrundsinformation samlades in, samt information om respondenternas socialkontors upptagningsområde. Analysen gjordes med regressionsanalys. De oberoende variablerna i studien var vinjettvariabler, individuella bakgrundsfakta samt respondentens arbetsplats och dess karaktäristik. Den beroende y-variabeln är bedömningen av vilken insats som är aktuell. Det skall även noteras att den aktuella studien inte innehåller heroin som ett av bruksmedeln på samtliga nivåer, endast på några (Blomqvist & Wallander, 2005).

Bland de variabler som sammanfaller mellan den aktuella studien och denna uppsats kan nämnas sysselsättning familjens stöd samt problemuppfattning (Blomqvist & Wallander, 2005); just denna går att förstå som angränsande till det Socialstyrelsen definierar som terapeutisk behandling (Socialstyrelsen, 2007). Utan en gemensam problemuppfattning är det svårt att ha ett fungerande terapeutiskt arbete. Det skall dock endast ses som tangerande värden, då formuleringarnas innebörd endast approximerar varandra och inte överlappar.

Resultatet av studien är att av den totala andelen bedömningar ansåg 91,4 % av respondenterna att fallen i de randomiserade vinjetterna var i behov av organiserad hjälp. 81,1 % av fallen i vinjetterna ansågs ingå i socialtjänstens målgrupp, och för 67,7 % förespråkades en rehabiliterande insats, satt i motsats till en omvårdande insats. Slutligen bedömdes 51,6 % av vinjetternas fall vara i behov av strukturerad öppenvård, förstått som en motpol till vård på ett behandlingshem. Det är alltså först i frågan om ifall insatsen skall ha en rehabiliterande eller en omvårdande karaktär som större skillnader börjar synas. Skillnaderna har sedan en relativt hög spridning. I det följande kommer endast de fem mest frekvent förekommande variablerna redovisas på vinjettnivå.

Vid den första frågan, ifall den enskilde är i behov av socialtjänstens hjälp eller inte, visar sig följande variabler i störst utsträckning predicera ett "ja". Dessa redovisas i ordning. Den variabel med starkast förklaringspotential var *problemuppfattningen* (uppfattar som problematiskt 97,6 %; uppfattar ej som problematiskt 85,2 %), *bruksmönster* (dagligt bruk 96,8 %; regelbundet bruk 93,6 %; sporadiskt bruk 83,7%), *psykisk hälsa* (instabil hälsa 95,1 %; god hälsa 87,6 %), *barn* (litet barn 95,8 %; tonåring 93,8 %; inget barn 87 %) samt *bruksmedel* (amfetamin 94,8 %; cannabis 91,4 %; alkohol 88,2 %). Slutsatsen som dras av värdena är att problemuppfattning är viktigt för bedömningens utfall. Vidare bedöms psykisk hälsa predicera ett "ja" i mindre utsträckning än motsatsen, instabil psykisk hälsa. Socialt stöd anses inte ha någon huvudeffekt på bedömningar. Författarna till studien menar att en av slutsatserna på denna vinjettnivå är att klienter med mer resurser och mindre omfattande problem väljs bort till förmån för motsatsen, att barn är en viktig faktor, samt att socialt stöd inte påverkar beslutet (Blomqvist & Wallander, 2005).

På nästa vinjettnivå ställdes frågan om klienterna tillhörde socialtjänstens målgrupp eller inte. Då denna fråga har ringa värde för uppsatsens informationsbas kommer den inte att redovisas. Författarna noterar själva att resultatet av denna fråga i mångt liknar resultatet som ovan redovisats på frågan om huruvida vinjetten är i behov av socialtjänstens hjälp eller inte (Blomqvist & Wallander, 2005).

På den tredje vinjettnivån är ifall insatsen för personen som beskrivs i vinjetten skall vara av en omvårdande eller en rehabiliterande form. Omvårdande insatser definieras här vara de insatser som syftar till att minska missbruket, medan rehabiliterade insatser syftar till att få det att helt upphöra. Den starkast predicerande variabeln var *ålder* (äldre 50,4 %; medelålders 69,4%; yngre 83,2%), *problemuppfattning* (bruk som problematiskt 76,2 %; oproblematiskt 59,3%), *behandlingserfarenheter* (flertal senare 55,4 %; flertal tidigare 65,1 %; enstaka senare 67,4 %; enstaka tidigare 68,8 %; inga erfarenheter 74,7 %), *psykisk hälsa* (svåra problem 62,8 %; psykiskt instabil 67 %; inga problem 73,3 %) samt *arbete* (inget arbete 63,7 %; arbete 71,6 %) (Blomqvist & Wallander, 2005).

Av ovanstående kan man enligt författarna dra slutsatsen att ålder är centralt för ifall beslut skall fattas om omvårdande eller rehabiliterande insats. Vidare har på denna vinjettnivå arbetsvariabeln börjat spela roll för bedömningarna, och har en stark representation bland de bedömningar som avser rehabiliterande insatser. Dess påverkan på besluten har tidigare varit mindre. Trots att bruksmedel kommer först på plats sex i denna fråga är det relevant att notera att heroin som missbruksmedel nu är med i två former. Dessa ser ut att predicera rehabiliterande åtgärder till 66,9 % då det huvudsakligen används oralt, och 73,6 % vid injektionsmissbruk (Blomqvist & Wallander, 2005). Författarna menar att detta går att betrakta som en bedömning av huruvida klienterna är behandlingsbara eller ej (Blomqvist & Wallander, 2005).

På den fjärde vinjettnivån ombads respondenterna ta ställning till ifall behandlingen skall föras inom öppenvården eller inom ramen för ett behandlingshem. De starkast predicerande variablerna för öppenvård var *behandlingspreferenser* (Inga 44,7 %; öppenvård 32,7 %; behandlingshem 67,9 %), *missbruksmedel* (alkohol 60,8 %; amfetamin oralt 62,7 %; amfetamin injektion 51,6 %; heroin oralt 42,4 %; heroin injektion 31,7 %), *partner* (partner som inte brukar 62 %; ensamstående 53,3 %; partner som brukar 38,6 %), *ålder* (Äldre 59,3 %; medelålders 51,2 %; yngre 44,2 %) samt *behandlingserfarenheter* (Inga 55,3 %; öppenvård 67,3 %; behandlingshem 32,1 %).

I ovanstående kan man se att missbruksmedel har rört sig upp till den näst mest relevanta variabeln. För heroin framkommer av materialet att en majoritet av respondenterna väljer behandling genom öppenvård, samt att oral användning av heroin betingar öppenvård i mindre utsträckning än injektionsanvändning av heroin.

Slutligen kan resultatet av studien sammanfattas med en fördjupad förståelse av vilka variabler som påverkar beslut hos den kommunala socialtjänstens handläggare som grupp, samt att dessa "insatsval i relativt hög grad struktureras av klientvariabler" (Blomqvist & Wallander, 2005, p. 55). Variabler hos klientgruppen är alltså centrala för att förstå hur bedömningar görs. De variabler som generellt har haft hög påverkan på beslut är missbruksmedel, problemuppfattning, ålder, arbetsstatus och psykisk hälsa (Blomqvist & Wallander, 2005). Studien visar att socialt stöd inte har någon påverkan på beslut, trots dess väldokumenterade effekt på läkeprocesser (Blomqvist & Wallander, 2005). Vidare visar studien att besluten påverkas av så kallade bedömarvariabler: uppfattningar av missbruk, utbildning, arbetsposition samt kön, samt att organisationen den enskilde är verksam inom påverkar besluten. Sammanfattningsvis visar studien att de klienter som har större personliga och

sociala resurser tenderar att bedömas vara i mindre behov av socialtjänstens hjälp, samt att arbetsplats - och dess bedömarorganisation - påverkar bedömningarna som görs (Blomqvist & Wallander, 2005)

I den andra av de två större vinjettstudierna (Blomqvist & Wallander, 2004) som avser socialarbetares bedömningar utgår författarna, precis som i tidigare redovisad studie (Blomqvist & Wallander, 2005) från en ansats i vilken huvudsyftet är att strukturerat förstå hur socialtjänsten i Stockholmsregionen gör bedömningar av klienter. De möjliga bedömningarna var i studien initialt ifall en klientvinjett är aktuell för en insats av socialtjänsten, ifall denna insats skall vara omvårdande eller rehabiliterande, ifall en rehabiliterande insats skall ske i form av behandlingshem eller öppenvårdsbehandling samt ifall tvångsvård är aktuellt. Totalt omfattade studien 205 respondenter, vilket motsvarar cirka tre fjärdedelar av samtliga socialsekreterare inom missbruksfältet i Stockholms län (Blomqvist & Wallander, 2004).

Metodologiskt vilar studien på en vinjettmetod med fem standardiserade vinjetter som presenteras för respondenterna. Vinjetterna är utförligt konstruerade med mycket information. Utgångspunkten för dessas konstruktion är att de skall vara relevanta, och inbegripa de vanligast förekommande problembilderna. En förstudie gjordes i syfte att identifiera relevanta variabler för konstruktionen av vinjetter samt att identifiera korrekt språkbruk i syfte att göra vinjetterna så realistiska som möjligt. Ordningen som vinjetterna presenterades på randomiserades, och respondenterna ombads att inte ta in yttre faktorer i bedömningen; endast det som konkret fanns med i vinjetten skulle ha påverkan på resultatet. Även bakgrundsdata samlades in (Blomqvist & Wallander, 2004).

En viktig teoretisk ansats för sagda studie är den processbetonade tillämpningen av kunskap och riktlinjer inom specifika organisationer, samt dessas skapande och omskapande i interaktionen mellan kliniker och patient. Dessa kan skilja sig radikalt från de ursprungliga - officiella - riktlinjerna (Blomqvist & Wallander, 2004).

Initialt är graden av samstämmighet inom bedömargruppen relevant. Detta då den direkt visar på förekomsten av gemensamma antaganden i professionsgruppen, såsom vilka klientegenskaper (i den mån de förekommer i vinjetterna) som predicerar vilka utfall. Samtliga separata utfall kommer inte att redovisas, men relevant är att respondentgruppen visar på en stor koherens vid bedömningen av en vinjett (Blomqvist & Wallander, 2004).

Avseende frågan om hur stor samstämmighet som fanns inom respondentgruppen om vilken insats som är mest lämplig för varje vinjett finns både till viss del samstämmiga resultat, och en bred spridning av andra. Det är endast vid bedömning av en av de fem standardiserade vinjetterna som något specifikt svarsalternativ är bedömt mest lämplig av 50 % av respondenterna. Övriga vinjetter har en bred spridning; samtidigt har andra vinjetter bedömningstendenser (Blomqvist & Wallander, 2004).

Vidare fortsätter mönstret av bred spridning men kring vissa bedömningstendenser, samt bred spridning utan tendenser att vara central för flera av analyserna av materialet.

Avslutningsvis frågades även respondenterna vilken ytterligare information som skulle behövts för att göra en bättre bedömning. Anmärkningsvärt är att det vid bedömning av 24 % av vinjetterna efterfrågades mer information om familj och nätverk; i 15 % av bedömningarna efterfrågades mer information om psykisk och fysisk hälsa; i 5 % av bedömningarna efterfrågades mer information om sysselsättning och i 2 % av bedömningarna efterfrågades mer information om boendesituationen (Blomqvist & Wallander, 2004).

Frågan är om den bedömning som gjorts utan att tänka med organisationella begränsningar skulle ha varit samma i verkligheten, med dennas organisationella begränsningar ställdes även. På denna fanns viss varians mellan vinjetterna. På frågan om beslutet skulle sett annorlunda ut i verkligheten svarade 8 % det på en av vinjetterna, 9 % på två och 18 % på de övriga två. Andelen som inte svarade på dessa frågor var mellan 3 % och 8 %, vilket påverkar resultatet och dess tillförlitlighet något. Dock verkar respondentgruppen samstämmig: de bedömningar som görs utan att tänka in organisationella begränsningar förändras bara delvis när dessa begränsningar tas med (Blomqvist & Wallander, 2004).

Studiens författare (Blomqvist & Wallander, 2004) lyfter fram det som särskilt anmärkningsvärt att det i samtliga fem bedömda vinjetter finns en bred meningsskiljaktighet mellan vilka insatstyper som förespråkats. Denna varierar också beroende på vilken verksamhet som bedömaren verkar vid. Utöver detta finns en stor bredd i tolkningarna av hur vinjetterna skall förstås. Denna speglar enligt författarna en inneboende skillnad i hur klientarbetet och bedömningarna går till, samt att detta påverkas i stor utsträckning av verksamheten som organisationsenhet. Detta kan förstås som arbetsplatskultur eller arbetsplatstradition. Det finns även skilda meningar om vilka insatser som är relevanta för respektive fall, samt en brist på samsyn avseende bedömningar och motiveringar (Blomqvist & Wallander, 2004).

Studien visar att flera av de skyddsfaktorer som Socialstyrelsen lyfter fram har värde även i socialarbetarkollektivet, samt att dessa efterfrågas vid bedömningar. Studien visar även att det föreligger skillnader i bedömningar av vinjetter, samt att denna skillnad, i den utsträckning den går att generalisera, går att se som ett ifrågasättande av ifall det finns en professionell enighet inom den kommunala socialtjänstens missbruksvård (Blomqvist & Wallander, 2004).

Bedömningar har även studerats med kvalitativa standardiserade djupintervjuer (Lordan, et al., 1997). Studien utgick från semi-strukturerade intervjuer med 25 respondenter. Syftet var att identifiera vilka bedömningsgrunder som yrkesverksamma använde vid beslut som rör avgörandet av vilken behandlingsform som är mest lämpad för en specifik situation. Delar av intervjumaterialet använde vinjettbeskrivningar, vilkas ordning randomiserades. Bedömningen av dessa var dock kvalitativ, inte kvantitativ. Utgångspunkten var problembilden av att kliniker tenderar att i stor utsträckning identifiera information som bekräftar de mönster klienten befinner sig i. Resultaten pekar på att de viktigaste bedömningsgrunderna för rekommendationer ligger inom områdena behandlingshistoria (76 %), missbrukets karaktäristik (72 %) samt klientens motivation (68 %); procentsatserna redovisar vilka variabler som ansågs vara av värde vid de fem senaste bedömningarna (Lordan, et al., 1997).

De faktorer som uppsatsens operationalisering omfattar är yrkesanställning (13 %), bostadslöshet (21,7 %) och stöd av familj (34,8 %). Då bedömningarna som studerades var i personalens klientrelations inledningsskede, och därmed inte jämbördiga med de som uppsatsen operationaliserar, är behandlingsvariabeln inte tillämpbar. Vid bedömningar av vinjetter visar materialet på en stor enighet i vissa behandlingsrekommendationer, men med en bred spridning av rekommendationer utöver en initial avgiftningsrekommendation.

Generellt visar respondentgruppen på enighet i ett antal bedömningsgrunder, men med individuella skillnader inom betydligt fler. Det finns ingen bedömningsgrund som enar hela respondentgruppen (Lordan, et al., 1997). Författarna själva lyfter fram psykiskt mående samt bostadssituation, utöver de tidigare nämnda behandlingshistoria, missbrukets karaktäristisk samt motivation som varande av vikt.

Lordan et al (1997) redovisar en komplex bild av det sociala arbetets praktik. För uppsatsen är det särskilt tillämpligt då studien visar hur flera av de av Socialstyrelsen definierade skyddsfaktorerna prioriteras inom bedömningar, samt en tendens till enighet och splittring inom bedömningarna med bred centraltendens och en eller två värden som sticker ut.

2.3 Attityder och bedömningar inom underhållsbehandling

Underhållsbehandlingen och de attityder som förekommer inom denna har studerats mer ingående (Petersson, 2013). I avhandlingen *kontroll av beroende* från 2013 används flera kvalitativa metoder för att mer ingående förstå hur idéer och antaganden skapas, konstrueras och reproduceras inom ramen för underhållsbehandlingen i Göteborg. Petersson utgår från antagandet att attityder hos personal går att observera genom personalens språk användning, och att denna bör ses som en konstruerande process med påverkan på både personal och klient. Ett återkommande grundantagande i avhandlingen är hur personal konstruerar klienter som antingen varande värdiga eller ovärdiga - att man kan men vill inte bli drogfri, eller att man vill, men kan inte bli det. Antagandet är att just den klient som vill, men inte själv har makt att påverka sitt missbruk, ses som värdig (Petersson, 2013).

Centralt i analysen av materialet i avhandlingen är hur kontroll konstrueras, samt hur denna påverkar den enskilde, både patienter och yrkesverksamma. Dessa kontrollmekanismer är ytterst skapade ur den politiska diskurs kring underhållsbehandlingen (Petersson, 2013) som går att spåra tillbaka nästan ett halvt sekel i svensk narkotikadebatt (Johnson, 2005). Uppfattningen av värdet i de kontrollerande inslagen skiljer sig även mellan klientkollektivet och yrkeskollektivet; den tar generellt form av både faktiska, fysiska kontrollåtgärder såsom urinprov, och psykiska övertaganden av attityder (Petersson, 2013).

Avhandlingen har särskilt värde för den aktuella uppsatsen i dess beskrivning av hur kollektiva beslutsfattningsprocesser i form av teamkonferenser ser ut. Dessa studerades genom deltagande observationer, och utgör en ingående bild av beslutsfattarprocessens praktik. Petersson (2013) menar att det här ges utrymme för tillämpning av idéer och kunskapsantaganden i det praktiska arbetet; detta är direkt kopplat till antaganden om sidomissbruk. Rent praktiskt är frågan om sidomissbruk den mest frekvent förekommande diskussionspunkten i de kollektiva beslutsfattarprocesserna. Vidare menar Petersson (2013) att de antaganden som styr beslutsfattandeprocesserna ytterst försvårar de faktiska

bedömningarna, som kontinuerligt förhandlas fram inom ramen för underhållsbehandlingens interna, organisatoriska logik. Detta leder till att liknande klientbeteende ger olika utfall vad det gäller repressiva insatser. Avhandlingen har även ett särskilt värde för uppsatsen, då de situationer som operationaliseras har sitt ursprung i den.

Yrkesverksamma vid underhållsbehandlingens attityder har även studerats ingående i en norsk studie från 2010 (Gjersing, et al., 2010). I studien deltar totalt 140 respondenter vid 14 regionala behandlingskliniker. Antalet respondenter motsvarar hela den tillfrågade gruppen och innefattar samtliga anställda inom den norska underhållsbehandlingen. Studien utgår från antagandet att det finns skillnader inom underhållsbehandlingen vad gäller attityder och mål, samt att dessa påverkas av en mängd faktorer både inom och utanför organisationerna. Dessa attityder har vidare en konkret påverkan på resultatet av behandlingen, något som tangeras av de olika organisationernas vitt skilda resultatredovisningar.

Studien gjordes genom att respondenterna tog ställning till 13 påståenden i enkätform. Dessa berörde attityder till både eftergivenhet inom programmet och tillgänglighet för individer till programmet. Dessa bedömdes på en femgradig skala. Efter detta användes svaren för att dela in organisationerna i tre kategorier utifrån svarens medelvärden. De kliniker med lägst medelvärden definierades inom ramen för studien som harm-reduction center, och de som hade högst medelvärden definierades som rehabiliteringsorienterade center. Det identifierades även en kategori av center mellan dessa. Analytiskt innebär det att harm reduction-center tenderar att anse att droganvändning vid sidan av behandlingen inte skall leda till utskrivning ur programmet i samma utsträckning som rehabiliteringsorienterade center, och att behandlingen skall vara tillgänglig för alla som söker den. Samtliga grupper var till antalet center lika stora (Gjersing, et al., 2010).

Dessa antaganden analyserades utifrån insamlad data om varje center, så som behandlingsstatistik, behandlarvariabler och klientgruppens sociala funktion (förstådd som anställning, bostad, samt hur många som har försörjningsstöd) samt retention (Gjersing, et al., 2010). Analysen gjordes med regressionsanalys.

Studien kan sluta sig till att det inte föreligger skillnader mellan centren vad det gäller åldrar, representerade professioner eller kön. 59 % av de anställda var antingen socialarbetare eller sjuksköterskor, och av resterande var läkare och psykologer de mest frekvent förekommande yrkeskategorierna, med tillsammans 21 %.

Den enda oberoende variabeln som är kopplad till attityder var just vilket center respondenten arbetade på, och hade en förklarad varians på $r=0,44$, samt ett b-värde på 0,06. Det fanns även inom varje center en bred spridning i bedömningar av påståendena i enkäten. Vidare fanns det korrelationer mellan harm reduction-center och högre antal patienter per person (64 mot 34), färre antal urinprov samt färre interdisciplinära möten under de senaste fyra veckorna (Gjersing, et al., 2010). Tendensen är även att harm reduction-center hade lägre andel klienter som bedömdes vara socialt fungerande, med mindre andel permanenta boenden och lägre grad av förvärvsarbete.

Utifrån statistiken deducerar artikelförfattarna att skillnader föreligger i attityder mellan olika regionala center, och att dessa korrelerar med dessa centers

karaktäristik, behandling och utfall (Gjersing, et al., 2010). Vidare tillskrivs vissa av klinikernas utfall både strukturella faktorer, såsom ration av patienter per anställd, och attityderna hos de anställda. Det föreligger även skillnader i retention som korrelerar med vilken klassificering centret har. Slutsatsen är att organisationen är mest relevant för att förstå hur attityderna ser ut (Gjersing, et al., 2010).

Attityder hos personal inom underhållsbehandling har även studerats i en australiensisk kontext (Mitchell, et al., 2006). Studien syftade till att undersöka vilka faktorer som påverkar beslutfattares bedömningar i tre scenarion: vid inklusion i underhållsbehandling, ersättning, samt att avsluta behandlingen. Studien gjordes på totalt 296 respondenter genom randomiserade vinjetter. Variablerna identifierades genom en förstudie, och varje vinjett konstruerades med antingen fem variabler som i förstudien visat sig ge positiva svar, eller samma fem variabler tillsammans med fem variabler som visat sig ge negativa bedömningsresultat. Slutligen randomiserades variabler som visat sig sakna diagnostiskt värde in i hälften av vinjetterna (Mitchell, et al., 2006).

Resultatet av studien var att besluten tenderar att påverkas av förekomsten av positivt laddade variabler. De variabler som hade icke-diagnostisk karaktär visade sig inte ha någon statistisk påverkan på bedömningarna. Dock påverkade dessa i vissa fall respondenternas upplevda säkerhet på att besluten var rätt. Vilken organisation respondenten befann sig i visade sig ha påverkan på besluten, samt utbildning och erfarenhet. I vissa fall var bedömaregenskaperna viktigare för att predicera beslut än de klientvariabler som presenterats.

Dessa studier (Gjersing et al., 2010; Mitchell et al., 2006) visar tydligt på både organisationers påverkansförmåga vid bedömningar och variabelers påverkan av besluten, samt att det inte är ett fenomen endast knutet till svensk missbruksvårdskontext.

Slutligen bör nämnas den interaktionsprocess som har observerats hos brittiska sjuksköterskor (Traynor, et al., 2010). Då denna studie inte huvudsakligen inbegriper sjukvårdspersonal som ingår i läkemedelsassisterad missbruksvård kommer studien bara att nämnas. Dock är dess potentiella påverkan av uppsatsens studieområde omisskänlig. Studien visar att sjuksköterskor, som en respons på en process där möjligheten att göra individuella bedömningar begränsas, ibland avänder sin kunskap om vad som krävs för att påverka det standardiserade, byråkratiska beslutsfattarförfarandet i den riktning de anser vara bäst. På detta sätt visar studiens respondenter en förmåga att anpassa sin bedömning efter de restriktioner sjukvårdssystemet har, och därmed skapa gehör för sina bedömningar. Studien gjordes i fokusgrupper med totalt 26 medverkande.

Traynor et al. (2010) är av intresse då den, trots sin begränsade överlappning med denna uppsats, belyser hur den individuella sjuksköterskan i vissa kontexter kan använda sin kunskap för att påverka bedömningar inom det system hen verkar inom mot att närmare överensstämna med den egna bedömningen.

2.4 Attityder, återhämtningskapital och retention

I en artikel publicerad i läkartidningen presenteras en resultatstudie från underhållsbehandlingen i Lund (Öhlin, et al., 2013). Studien redovisar resultatet av det testprojekt som substitutionsvården i Lund har genomfört i samarbete med

socialtjänsten. Syftet med testet är att öka retentionen i patientgruppen samt att öka följsamheten mot programmets regelverk. Detta gjordes genom kombinationen av underhållsbehandling genom buprenofin (subutex i det aktuella fallet), drogfritt boende, psykosocial behandling och strukturerad sysselsättning såsom studier eller arbete. Resultatredovisningen berör samtliga 128 patienter i programmet, med ett bortfall av totalt fem patienter. Utvärderingen gjordes genom att klientgruppen löpande svarade på AUDIT, ett strukturerat bedömningsverktyg för riskkonsumtion av alkohol, mätning av känslan av sammanhang (KASAM) samt förekomst av droger vid urin- och blodprov. Följsamhet i programmet mättes utifrån den enskildes förmåga att hålla planering, endast använda föreskrivna läkemedel och förekomst av kriminella handlingar. De tre huvudmåten för behandlingens effekt var således drog/alkoholbruk, följsamhet och kvarstanning i programmet (Öhlin, et al., 2013).

Resultatgruppen omfattade totalt 97 män och 26 kvinnor, med en medelålder på 31,9 år och bred varians i utbildningsnivå. Efter sex månader var 70 % av patienterna kvar i programmet och utan sidomissbruk samt med sysselsättning. Efter 12 månader var motsvarande siffra 50 %. Efter sju år var 57 % (n = 70) av patienterna kontinuerligt drogfria och med sysselsättning. Under denna tid avled 5 % (n = 7) av patienterna. Upplevelsen av sammanhang ökade från behandlingsstarten under det första året till en normalnivå från relativt låga nivåer. Riskkonsumtionen av alkohol minskade signifikant ($p < 0,001$). Förändringen styrktes av negativa drogtestar vid prov. Trots att studien inte kan påvisa kausala samband mellan resultaten och bostad eller sysselsättning, visar studien på signifikanta resultat vad det gäller tillfrisknande från beroende samt livskvalitet. Även psykologiska tester och KASAM visade ökade nivåer av psykisk funktion och positiv självuppfattning. Alkoholkonsumtionen minskade under testperioden, riskkonsumtion av alkohol är annars ett reellt problem vid underhållsbehandling (Öhlin, et al., 2013).

Denna resultatstudie visar ett potentiellt resultat av att strukturerat arbeta med att säkerställa att flera av Socialstyrelsens (2007) skyddsfaktorer är tillfredställda.

Attityder hos läkare som professionsgrupp har även studerats i Australien (Capplehorn, et al., 1996). I denna artikel studeras kopplingen mellan läkarkollektivs attityder till missbruk, samt hur detta påverkar retentionen inom programmet. För mätandet av attityder används en modell med fjorton frågor angående attityder till missbruk och sidomissbruk. Enkätmodellen går under namnet abstinence orientation scale (AOS), och utfördes vid två tillfällen med tre år emellan. Syftet med AOS är att låta respondenterna svara på ett antal påståenden som berör missbruk och sidomissbruk och attityder till utfasning från metadon på en femgradig likert-skala. Internt fanns en stor samstämmighet, vilket visas av de höga korrelationskoefficienterna mellan svarsklustren (0,81 mot 0,86). Svaren på AOS-formulären korrelerades genom regressionsanalyser med kohortinformation om brukarna (Capplehorn, et al., 1996).

Resultatet av studien visar, utöver att stora delar av klientgruppen har bakgrundssituationer präglade av sociala problem såsom avsaknad av vänner utan missbruk, arbetslöshet och svaga familjerelationer, att det fanns korrelationer mellan retention i metadonbehandling över tid samt att retentionsnivåerna korrelerade med huruvida klinikern befann sig över eller under 2.5 i medelvärde på AOS-mätningen. Medelvärden varierade mellan 1,6 och 3,5, med ett

medianvärde på 2,8. De kliniker som finns i den övre delen av spektrat etiketteras som "infinite maintenance" och de på delen av skalan undre som "abstinence oriented" (Caplehorn, et al., 1996, p. 670).

Mediantid i programmet för de kliniker som etiketteras som abstinence oriented är 687 dagar, och 856 dagar för infinite maintenance. Slutsatsen av studien är att det finns samband mellan läkares attityd och retentionen för behandlingsprogram. Signifikanta korrelationer förekom mellan mer abstinence oriented svar på AOS-enkäten och lägre kvarstanning i behandling över tid.

En liknande studie gjordes av delvis samma författare (Caplehorn, et al., 1998) i syfte att studera samma frågeställning men med bredare respondentlager. I denna studie är respondentgruppen istället för endast läkare yrkesverksamma inom underhållsbehandling. Även denna studie använder sig av AOS med en femgradig likertskala, och syftar till att jämföra personalens attityd och programmets retention.

Totalt medverkande i denna studie är tio metadonprogram i Sydney i Australien, samt 120 slumpvis utvalda patienter (Caplehorn, et al., 1998). Samma metodprocess som i ovanstående studie användes, och klinikerna delades upp efter hur man förhöll sig till värdet 2.5 som medianvärde, på samma sätt som i den tidigare nämnda studien (Caplehorn, et al., 1996). Mätningarna hos personalen gjordes vid två tillfällen med stor samstämmighet. Regressionsanalyserna visar även i denna studie signifikanta samband mellan attityder mätta med AOS-enkäter och retention i behandlingen. Slutsatserna stämmer i mångt och mycket överens med de slutsatser som gjordes när samma enkäter användes för att studera förhållandet retention och attityder hos läkare (Caplehorn, et al., 1996). Vidare sluter sig Caplehorn et al (1998) till att detta förhållande inte nödvändigtvis är kontraintuitivt. Attitydmässigt tangerar *abstinence oriented* till att försöka fasa ut patienter ur metadonbehandlingen. Det motsatta gäller för *infinite maintenance*, där attityderna som är mätta istället speglar en acceptans av ett långt metadonanvändande, vilket predicerar högre retention.

De exakta medianvärdena i studien anges inte, men de varierar mellan i den första frågeomgången mellan 2,5 och 3,9, och i den andra 2,3 till 3,4.

I intervjuer med yrkesverksamma lyfts särskilt sysselsättning, boendesituation och stödjande nätverk fram som faktorer med positiv påverkan på tillfrisknadsprocessen hos opiatberoende (Petersson, 2013).

Samtliga av ovanstående studier visar på den påverkan som verksamheter, som organisatoriska enheter har på bedömningar och dessas realutfall. Detta både på retentionen, samt hur denna påverkas av klientattityder. Men även hur flera av Socialstyrelsens (2007) riktlinjer påverkas konkret, samt dettas effekt på klienters upplevda livskvalitet och retentionen.

2.5 Attityd och kunskap som mått på organisatoriska skillnader

I en studie med totalt 162 respondenter användes kunskap om aktuell forskning inom missbruksfältet samt attityder till missbruk som mätvärde för närheten mellan praktik och forskning (Arfken, et al., 2005). Studien gjordes i Detroit i USA, och utformades kring frågor om varför nya kunskapsinnovationer har så pass svårt att ta sig in i den aktiva missbruksvården. Mätningarna gjordes både på kliniker som är knutna till amerikanska formella forskningsnätverk, så kallade CTN-kliniker, som har som syfte att särskilt koppla samman vetenskapliga rön och praktik; och behandlingskliniker som inte är anslutna till dessa nätverk. Bland

de medverkande klinikerna fanns både de som arbetar med läkemedelsbaserad behandling, som metadon, och kliniker som har en strikt nykterhetspolicy. Mätningen gjordes i enkätform.

Resultatet av studien, där totalt 15 organisationer deltog, var att tydligast i attityd till utskrivningar vid ickeföljsamhet, attityden till tidigare missbrukare som behandlare och attityder till forskning. Av de 68 personer som svarade på enkäten, och som var knutna till CTN, ansåg 36.8 % mot 52.1 % motsvarande 94 respondenter inom icke CTN-anknutna verksamheter, att klienter som inte är följsamma skall skrivas ut från behandling. Det fanns även en bred överensstämmighet att vetenskapliga rön skall inkorporeras i verksamheten; detta med 92,5 % för CTN-anslutna respondenter och 91,5 % för icke CTN-anslutna klienter. De två första redovisade resultaten var statistiskt signifikanta, $p < .10$. Den tredje resultatet var inte statistiskt signifikant (Arfken, et al., 2005). Vissa skillnader till aktuell forskning fanns mellan de två grupperna. Slutsatsen av studien är att det är svårt att på ett meningsfullt sätt skilja mellan attityder mellan de respondenter som är knutna till CTN, och de som inte är det. Detta trots att enskilda attitydfrågor ger olika utslag, samt att dessa resultat var statistiskt signifikanta (Arfken, et al., 2005).

I en studie i San Francisco 2005 studeras på liknande sätt som i ovanstående studie attityder hos personal inom olika sorters missbruksvård i communitybaserad form (Andrews, et al., 2005). Studien gjordes på totalt 87 personer, och gör en analytisk distiktion mellan abstinence oriented och harm reduction som generella attityder bland behandlingspersonal. Abstinence oriented innebär i det aktuella fallet en generellt hård linje mot all droganvändning, inklusive metadon. Harm reduction å andra sidan förstås här som en attityd där lindring av droganvändning och dess verkningar prioriteras. I den aktuella studien ingår aktiva inom så kallad therapeutic community (TP). TP är en behandlingsform i vilken positiva relationer i närområdesmiljö är bas. Då dessa traditionellt har uppfattat att metadon, även inom läkemedesassisterad behandling, är en drog, har dessas attityd traditionellt förstått ligga åt abstinensorientering. Detta har i sin tur påverkat retentionen inom just metadonbehandlingen (Andrews, et al., 2005).

Studien gjordes genom att respondenterna fyllde i den tidigare nämnda abstinence orientation scale (AOS) samt utvärderingsverktygen methadone knowledge scale (MKS) och disapproval of drug use scale (DDU). Av de tillfrågade deltog totalt 84 %, motsvarande 87 personer. MKS innebär ett test av kunskap om metadon, samt dess risker och fördelar. Det sker i totalt 12 frågor, där ett poäng ges för varje rätt svar, och minus ett för varje felaktigt svar, vilket ger ett möjligt svarsspann på -12 till 12. DDU syftar till att mäta stödet för repressioner vid droganvändning, och har sex frågor. Svaren korrelerades med bakgrundsdata om respondenterna (Andrews, et al., 2005).

Slutsatsen av studien är att framförallt respondenter med egen erfarenhet av metadonbehandling hade i större utsträckning kunskap om metadon, som testat genom MKS. Samma gällde för de med särskilt utbildning i metadonkunskap. Medianvärdet för AOS-testen var 3,22 (Andrews, et al., 2005), vilket är att jämföra med värdena som tidigare angets då 2,8 (Caplehorn, et al., 1996) samt de intervaller som angets generellt bland behandlingspersonal (Caplehorn, et al., 1998). Slutligen menar studiens författare (Andrews, et al., 2005) att det i

materialet inte finns en korrelation mellan kunskap om metadon och lägre poäng vid AOS-bedömningar.

3. METOD

3.1 Urval och materialinsamling

I uppsatsens förarbete begränsades de underhållskliniker som skulle kontaktas av geografisk närhet till undertecknad. Detta är ytterst en fråga om ekonomiska tillgångar, och det bedömdes vara centralt för att hålla svarsfrekvensen hög att göra besök på klinikerna. Initialt kontaktades endast kliniker i landstingsregi samt en privat klinik i Malmö, Göteborg och Jönköping. Efter detta kontaktades även de landstingsdrivna klinikerna i Lund, Trelleborg och Kristianstad. Den enda kontakt som inte var intresserad av att delta i enkäten var verksamheten i Jönköping. Vidare ledde kontakterna med Lund och Trelleborg inte till insamlat material på grund av svårigheter att boka in en fungerande tid för besök.

Uppsatsförfattaren reste till samtliga kliniker för att vara med på arbetsplatsträffar eller motsvarande. Syftet var att informera om uppsatsen, svara på frågor samt att samla in material. Vid besöken vid kliniken i Kristianstad, två av tre kliniker i Göteborg samt vid besöket hos integrerad närsjukvård i Malmö fylldes enkäterna i samband med besöket. En av klinikerna i Göteborg skickade in materialet i efterhand, och material hämtades in efter ett antal dagar från LARO-mottagningen i Malmö. Svarsfrekvensen redovisas under:

Tabell 1. Svarsfrekvenser

	Medverkande på mötet:	Utdelade enkäter	Insamlade enkäter	Svarsfrekvens:
Malmö	19	13	11	58%
Göteborg	19	18	16	84%
Kristianstad	8	8	8	100%
INM	4	4	3	75%
Totalt:	50	40	38	76%

Totalt medverkade 50 personer på informationsmöten. Av dessa valde 38 att delta i enkäten, vilket motsvarar 76 % av de tillfrågade. Det är värt att notera att LARO-mottagningen i Malmö med en svarsfrekvens på 58 % har betydligt lägre svarsfrekvens än andra mottagningar. Detta har sannolikt haft en påverkan på uppsatsens validitet. Detta då det stora bortfallet relativt till andra enheter och den generella svarsfrekvensen kan påverka i vilken utsträckning resultatet speglar verkliga bedömningar.

Som urvalsbegränsning var tidsaspekten central. Det hade med metoden varit möjligt att samla in mer material, men ekonomiska aspekter och tidsaspekter försvårade detta.

3.2 Generellt om den metodologiska ansatsen

Det ledande antagandet vid val av metod bör alltid vara hur den aktuella studien förhåller sig till hur man uppfattar verkligheten. Verktygen är i sig inte neutrala,

utan är generellt kopplade till ett antal grundantaganden om vad kunskap är (Bryman, 2011).

Generellt kan man tala om två distinkta ingångar till hur man förhåller sig till vetenskap: induktion och deduktion. Dessa präglas av olika förhållningssätt. De speglar även den process som studien utgör, varför det är relevant att lyfta fram dem. Bryman (2011) menar att de kan delas upp efter vilken ingång de har till teoriförhållandet - om det är ett induktivt eller ett deduktivt förhållande.

Utgångspunkten vid ett deduktivt förhållande är rotat i den vetenskapliga positivismen, och därmed naturvetenskapens kunskapssyn. Här utgår forskaren från en hypotes genererad av tidigare forskning eller teoretiska antaganden. Utifrån denna samlas empiri in, och studien kan sedan antingen bekräfta eller förkasta grundhypotesen.

Vid induktion är förhållandet till kunskapsgenerering det omvända. Istället för att utgå från frågeställningar man senare testar undersöker man här fenomen eller företeelser brett. Syftet är att ur empiri kunna inducera generaliserbara teorier (Bryman, 2011).

Då den aktuella studien syftar till att förstå hur ett antal variabler påverkar bedömningar över en större grupp kommer den att operationaliseras i en factorial survey. Factorial survey, som kommer att förklaras mer noggrant senare i uppsatsen, kan sägas vara en experimentell metod där vinjetter - korta beskrivningar - bedöms. Materialet kommer sedan att testas i SPSS med multipel regressionsanalys.

3.3 Om den kvantitativa ansatsens orsaksbegrepp

Helt centralt för att förstå uppsatsens statistiska antagande är att förstå de grundantaganden som metoden vilar på. Dessa har sin utgångspunkt i det positivistiska orsaksbegreppet. Med detta avses en specifik förståelse för hur händelseförlopp ser ut, och antagandet att dessa händelseförlopp är centrala studieområden för att förstå verkligheten. Begreppet har sin utgång i naturvetenskapen (Djurfeldt, et al., 2012). Orsakssambandet kan även förstås som kausala samband, och kan visualiseras som följer:

Betingelse (B) ==> [Kausalitet] ==> Mekanism (M) ==> [Kausalitet] ==> Händelse (H).

I sambandet avser betingelse (B) den händelse som, genom en mekanism (M) aktiverar en ny händelse (H) (Djurfeldt, et al., 2012).

För att förstå enskilda handlingar, samt hur dessa genom mekanismer skapar nya händelser, utgör metoderna factorial survey och multipel regressionsanalys välavvägda verktyg. Fördelen med dem är att det går att studera just mekanismen i den yrkesverksammes beslut. I det aktuella fallet kan orsakssambandet förstås på följande sätt:

Variabel har effekt (B) ==> Yrkesverksam gör bedömning (M) ==> Reaktion på M (H).

Då den verksamma mekanismen i multipel regressionsanalys gör det möjligt att studera styrkan i enskilda variabler (B) på bedömningen (M), kan metoden med hög tillförlitlighet genom factorial survey-utförandet förklara kausala samband.

3.4 Vinjetter

Det centrala elementet i en factorial survey-studie är vinjetten (Wallander, 2008). En vinjett har fyra grundkrav: att den skall vara lätt att ta till sig, att den skall vara konsekvent logisk till sin konstruktion, att den skall vara realistisk och att den inte skall vara så pass komplex att den är oförståelig. Centralt är att vinjettvariablerna framställs på ett sätt som ger så lite utrymme som möjligt för tolkning. Detta för att maximera reliabiliteten. Detta blir ytterst en avvägning mellan antalet potentiella observationer och antalet variabelvärden. Ifall antalet variabelvärden blir för högt riskerar antalet bedömningar av varje variabelvärde bli så pass lågt att resultatet förlorar sin tillförlitlighet. Centralt är även hur vinjetten skall bedömas. Vanligt är att likertskalor används (Jergerby, 1999), men även att efterfråga specifika insatser kan förekomma (Blomqvist & Wallander 2004; Blomqvist & Wallander 2005). Variablerna kan vara av både nominal, ordinal eller intervallkaraktär (Taylor, 2006). Detta påverkar dock vilken sorts analysverktyg som går att använda, samt tolkningen av dessa (Bryman, 2011). Ju fler variabelvärden som används per variabel, desto större tillförlitlighet för resultatet, då det återspeglar mer av verkligheten (Taylor, 2006).

Vidare är begränsningen av information central för vinjettmetoden. Detta innebär att metoden ger utrymme för att kontrollera inflytande för faktorer som annars skulle ligga utanför de valda variablerna, exempelvis genom att ha dessa som ett konstant värde, eller att inte alls nämna dem. Variablerna kan vara standardiserade, så att samtliga respondenter ombeds göra en bedömning med en identisk uppsättning kontrollerade variabler i vinjetten (Jergerby, 1999). Detta syftar till att kontrollera resultatet för inflytande från dessa faktorer. Vinjettmetoden, och även factorial survey-metoden gör det således möjligt att genom systematiskt kontrollerande eliminera vissa variablers påverkan på resultatet (Ludwick & Zeller, 2001) och därmed skapa högre validitet.

Variabler väljs ofta genom förstudier eller litteraturstudier. Centralt är att dessa är av relevans för bedömningen, samt att inte sådan information utelämnas som är avgörande för beslutet. Detta är centralt för att inte genom studiens operationalisering bygga in svagheter som påverkar studiens validitet och reliabilitet. En av metodens stora fördelar är just möjligheten att kombinera variabler på ett sådant sätt att det är möjligt att mäta kausala samband (Jergerby, 1999).

Rent metodologiskt har vinjettmetoden likt renodlade experimentella ansatser god intern validitet. Dock riskerar metoden på grund av den begränsade variabelrepresentationen att ha låg extern validitet, då materialet strikt sagt endast kan sägas spegla vinjettsituationerna. Validiteten är också beroende av ett väl utförd förarbete, då detta är centralt för att inte metodens centralmoment - bedömningen - skall göras orealistisk. Metoden anses ha hög reliabilitet, förutsatt att den rent metodologiskt är välutförd (Jergerby, 1999).

3.5 Factorial survey approach

Factorial survey approach har som metod sitt ursprung i 1980-talets sociologiska teoribildning. Metoden syftar till att se hur oberoende variabler (x-variabler) påverkar individuella bedömningar (y-variabeln), samt hur dessa struktureras. Den har karaktären av en indirekt mätning: istället för direkta frågor där respondenten ombeds beskriva olika delar av bedömningsprocessen ombeds respondenten att göra en bedömning. (Wallander, 2008). Den kan sägas vara en hybridteknik som utnyttjar experimentdesignens förmåga att genom statistiska metoder förklara

komplexa kausala samband, och surveyens förmåga att samla in en stor mängd data för analys (Wallander & Blomqvist, 2009).

Grundstommen i metoden är vinjetten. Denna kan beskrivas som kortare beskrivningar vilka respondenterna tar ställning till (Wallander, 2008). Vinjetten konstrueras för att beskriva fiktiva, potentiella situationer för respondenterna (Wallander, 2012). Vanligt är att respondenten ombeds göra en bedömning på en skala, eller med ett binärt värde. Detta beror på hur studiens frågeställning ser ut (Wallander, 2008).

Vinjetterna konstrueras genom att ett antal variabler som anses relevanta väljs ut. Samtliga vinjetter skall innehålla samtliga x-variabler. Vinjetterna utgår från de x-variabler som studien omfattar, och förutsätter därför att operationaliseringen av studien utgår från antingen en förstudie eller en litteraturstudie, i vilken variabler med konkret påverkan identifieras (Wallander, 2008).

Utgångspunkten i factorial survey är att avtäcka "the shared idiosyncratic principles of judgement" (Wallander, 2008, p. 23). Antagandet grundar sig i att studera om det finns generella mönster för handlande, och i förlängningen hur beslut fattas, samt hur dessa mönster ser ut (Wallander, 2008).

Vidare tenderar handlingar reproducera institutioner, förstått som uppsättningar av antaganden (Djurfeldt, et al., 2012). Handlingen, eller i det aktuella fallet bedömningen, skall ses som både producerad under ett visst antal förutsättningar, och reproducerande ett visst antal sådana. Därmed blir resultatet av studier av beslutsfattandet approximativa studier av de förutsättningar som formar beslut, och de förutsättningar som dessa beslut formar i institutioner.

Genom möjligheten att mäta enskilda variabelers påverkan samt kontrollera för yttre påverkan genom att kontrollera för inflytande samt randomisering av variabler har metoden hög validitet, och då den kombineras med avancerade statistiska analysmetoder såsom multipel regressionsanalys har metoden även hög reliabilitet (Bryman, 2011). Randomiseringen sker både avseende variabelers representation i vinjetter, samt vilka respondenter som ges vilka vinjetter (Ludwick & Zeller, 2001). Samtidigt behöver inte samtliga respondenter svara på samtliga vinjetter. I randomiseringsprocessen kan x-variabler fördelas på ett sådant sätt att samtliga x-variabler bedöms lika många gånger genom förekomst i vinjetter. Vidare ger manipulationen av variabler en hög intern validitet (Wallander, 2008). Metodens randomiseringsprocess skapar även en teoretisk möjlighet att varje variabeldimension är lika sannolik att förekomma i en vinjett, samt att det inte finns några korrelationer mellan variabler. Dessa kan dock likväl, som ett resultat av just randomiseringsprocessen uppkomma, vilket skapar snedvridning i resultatet. Det centrala är dock att sådan snedvridning inte bör förekomma medvetet (Wallander & Blomqvist, 2009), om det inte är ett medvetet val motiverat av förarbete (Wallander, 2008).

Centralt är även att förstå den frikopplingsprocess som factorial survey medför. En nackdel med flera kvalitativa och kvantitativa metoder är svårigheten att frikoppla variabler som tenderar att samvariera (Wallander, 2008). Som exempel i den aktuella studien kan man nämna två av de variabler som Socialstyrelsen (2007) tar upp, nämligen bostadssituation och sysselsättning. Självklart kan man tänka sig ett antal situationer där en person kan ha en aktiv sysselsättning men vara bostadslös. Dock kan man intuitivt räkna med att bostadslöshet och

arbetslöshet tenderar att samvariera. Vid en regelrätt survey eller kvalitativa intervjuer kan dessa två variabler vara svåra att frikoppla från varandra för att studera de olika variablernas påverkan av bedömningar (Wallander, 2008). Generellt för både kvalitativa ansatser och surveys kring beslut är vidare att de är extremt känsliga för post hoc-rationalisering (Wallander, 2012). Genom att använda vinjetter med factorial survey finns dock möjligheten att låta variablerna variera på ett sätt som gör att man kan undersöka enskilda variabelers påverkan (Wallander, 2008). Samtidigt är det helt centralt att vinjetterna bedöms vara realistiska av respondenterna. Ifall detta inte inträffar finns risk för att bedömningarna påverkas och studiens reliabilitet påverkas (Wallander, 2012).

Ett annat centralt koncept i factorial survey-metoden är att studien av beslut kan vara vägledande för att förstå vilken kunskap ett beslut grundar sig på. Kunskap bör i det aktuella fallet förstås i sin bredaste kapacitet - både som moraliska antaganden, institutionell kunskap och forskningsrön (Wallander, 2012). Kunskap förstådd på detta sätt tar mer formen av en process vid tillämpning, där flera olika kunskapskällor fogas samman i syfte att göra en bedömning av den situation man presenteras inför. Samtidigt är inte bedömningsprocessen nödvändigtvis helt representativ för hur de faktiska besluten, ofta begränsade av institutionella och/eller budgetramar, faller ut. Den processuella tillämpningen av olika kunskapskällor är inte något som går att mäta med hjälp av factorial survey. Det är endast utfallet, det fattade beslutet, som mäts (Wallander, 2012).

I valet av variabler, förstått som en induktiv process med utgångspunkt i ackumulerad ämneskunskap, finns även en begränsning av den verkliga beslutssituationen. Processen kan beskrivas som att den "oversimplifies the richness and complexity of real world healthcare situations" (Ludwick & Zeller, 2001, p. 129).

Factorial survey har hög validitet, då den är experimentell genom manipulation av variabler, randomisering och kontroll av inflytande från ickeomfattad påverkan. Samtidigt har metoden en hög extern validitet, då den utnyttjar surveyens breda materialinsamling (Ludwick & Zeller, 2001). Centralt att nämna är att den, då den mäter manipulationen av variabler genom en kvasiexperimentell ansats har möjlighet att uttala sig om kausala samband (Wallander, 2008).

3.6 Multipel regressionsanalys

Multipel regressionsanalys förutsätter att både oberoende och beroende variabler är kvantitativa. I detta avseende avses variabler som förstås genom intervall- eller kvotskalor. Det går även att använda sig av binära variabler som oberoende variabler. De oberoende variablerna skrivs ut som x_1 , x_2 , x_3 och x_4 och så vidare. Dock får den beroende variabeln inte vara binär (Djurfeldt, et al., 2012). Utifrån det positivistiska orsakssambandet tar de oberoende variablerna, x-variablerna, rollen av betingelse (B). Den beroende variabeln som avser bedömningen, y-variabeln, tar då rollen av bedömningen (M). Genom att med multipel regressionsanalys studera x-variablernas påverkan av y-variabeln går det att förstå M, bedömningsprocessen.

3.6.1 Determinationskoefficienten R^2

Multipel regressionsanalys utgår mekaniskt från användandet av flera bivariata regressionsanalyser - en för varje x-variabel. Syftet med dessa är att testa den kausala styrkan av de olika x-variablerna på bedömningen, y-variabeln. Denna

påverkan förstås genom termen determinationskoefficient - hur stor del av variationen i y som går att förklara genom förändringar i x. i SPSS kallas detta värde för R square (R²). Utifrån flera bivariata regressionsanalyser går det att påvisa hur stor del av x-variablerna som förklarar förändringar i y (Djurfeldt, et al., 2012).

Den del som inte ingår i R² är alltså den del som variablerna inte kan förklara, och därmed den aktuella beräkningen inte kan förklara. Den går under namnet residualen, och är särskilt intressant för uppsatsen. Detta då den visar hur stor del av den totala variansen som går att förklara med de relevanta variablerna. Ifall en stor andel av variansen finns i residualen sjunker studiens värde; detta då det indikerar att studien bara kan visa på svaga samband (Djurfeldt, et al., 2012). Residualen bör förstås i förhållande till det vetenskapliga orsakssambandet som tidigare har diskuterats. Kausalitetsbegreppet bygger ytterst på att det går att identifiera det antal variabler som har en påverkan på händelsen. Detta skall dock framförallt förstås som ett idealtillstånd - i verkligheten är det svårt att i en samhällsvetenskaplig statistisk analys förstå ett fenomenets orsaker. Istället skall residualen förstås som analyshjälpmedel; centrala för att förstå styrkan i ett empiriskt material. Ifall residualen skulle varit noll skulle resultatet istället bli ett deterministiskt orsakssamband, något som generellt inte finns inom samhällsvetenskap (Djurfeldt, et al., 2012).

3.6.2 B-koefficienten

Det centrala mätvärdet för multipel regressionsanalys är b-koefficienten. Detta mått motsvarar den förändring som sker av den beroende y-variabeln ifall den oberoende x-variabeln har ett visst värde (Djurfeldt, et al., 2012). Den kan förstås som "the predicted amount of increase in units for the criterion variable when the predictor variable increases by one unit" (Aron, et al., 2009, p. 503)

I denna uppsats motsvaras denna ökning av att en oberoende variabel, kodad som en dummyvariabel, har ett värde, och därmed påverkar den beroende variabeln. Påverkan är av skalan 1 till 1, det vill säga att en b-koefficient på 1 för en variabel motsvarar att denna variabel predicerar ett steg högre upp på bedömningsskalan än om variabeln inte hade haft ett värde. Utifrån det positivistiska orsaksbegreppet motsvarar b-koefficienten en händelse (H), och den oberoende variabeln som påverkar den beroende motsvarar betingelsen (B) (Bryman, 2011).

I den aktuella studien kommer samtliga x-variabler att kodas som binära värden, så kallade dummy-variabler. Detta innebär att varje x-variablerna i studien endast kan ha två värden var, och att dessa är varandras motpoler (Djurfeldt, et al., 2012).

3.7 Statistisk signifikans

Statistisk signifikans mäts vid multipel regressionsanalys genom ANOVA. Då den aktuella uppsatsen dock inte har för avsikt att göra prediktioner utanför den aktuella respondentgruppen, så kommer signifikans inte att redovisas. Detta då den har ytterst begränsat värde, när ansatsen inte är att skapa resultat som är generaliserbara.

Vidare hade generaliserbara resultat varit ytterst svåra att uppnå utöver de aktuella regionerna. Detta då landstingen är politiskt styrda organisationer, med olika förutsättningar och beslut som bestämmer verksamhetens natur. Urvalet är därför alldeles för litet för att det skall vara realistiskt möjligt att generalisera uppsatsens slutsatser.

4. OPERATIONALISERING

Efter att relevanta variabler identifierats utformades den praktiska tillämpningen av metoden - den operationaliserades. Med denna process avses beslut kring hur materialinsamlingen skall utformas. Enligt Bryman (2012) kan denna process inom kvantitativ forskning förstås som en rörelse från teori till hypotes, från hypotes till undersökning och slutligen utformningen av mått för de begrepp som skall studeras. Det är särskilt det sista steget i processen som avses med begreppet operationalisering. Användandet av forskningsmetoder som ramar in det aktuella begreppet så nära som möjligt bör därför vara basen i operationaliseringsprocessen.

I den aktuella uppsatsen väljs två metoder för att triangulera resultatet. Dels kommer en randomiserad factorial survey att utföras i enkätform, och presenteras i form av två vinjetter. På samma enkät kommer även en standardiserad vinjett att presenteras. Dessa kommer i samtliga enkäter att presenteras i samma ordning. Först kommer den standardiserade vinjetten att presenteras, och efter detta kommer två randomiserade att presenteras.

Syftet med trianguleringen genom användandet av en standardiserad vinjett är att genom användandet av flera metoder eller utföranden försöka förstå de aktuella frågeställningarna utifrån flera perspektiv (Bryman, 2012). Då uppsatsen syftar till att förstå eventuella skillnader i bedömningar fyller den standardiserade ett viktigt syfte: genom den kan centralmått, standardavvikelse samt bivariata korstabellanalyser göras. Dessa syftar till att triangulera eventuella skillnader i bedömningar, samt undersöka ifall dessa går att koppla till några av de bakgrundsfaktorer som efterfrågas. De randomiserade vinjetterna syftar till att närma sig uppsatsens grundläggande frågeställning: ifall det finns en påverkan på bedömningar av de av Socialstyrelsen föreskrivna riktlinjerna, samt hur denna ser ut. Därmed syftar både den standardiserade och de randomiserade vinjetterna till att belysa hur eventuella skillnader i bedömningar konstitueras.

4.1 Generellt om designen av vinjetterna

Initialt i varje vinjett beskrivs de kontrollerade variablerna. Dessa har alltid samma värde, och finns med för att kontrollera för dessas inflytande på bedömningen, alltså den risk som alltid föreligger att respondenter ”läser in” fakta som inte finns i vinjetten (Wallander, 2008). Det finns en mängd anledningar till att detta kan ske, men de kommer inte att diskuteras vidare då de ligger utanför syftet för uppsatsen.

Variablerna är som tidigare nämnt hämtade från Socialstyrelsens (2007) riktlinjer. Undantaget från dessa är att den personliga relationen, som lyfts upp som havande särskild vikt inte ingår i uppsatsen. Detta då en sådan mellanmänsklig relation skulle vara svår att operationalisera på ett realistiskt sätt utan att bryta mot de krav på realism och intern koherens som bör prägla vinjetterna (Jergeby, 1999). Istället operationaliseras en variabel för psykosocial intervention och dess utfall. Detta både då denna har förekommit i Socialstyrelsens riktlinjer (2007) och då den kan sägas approximera innebörden i den personliga relationen. Utan en god relation skulle en sådan intervention vara svår, och utan någon form av psykosocial interaktion skulle en relation vara svår att bygga upp,

Det är viktigt att ta med sig att vinjettnummereringen inte nödvändigtvis är samma som den ordning variablerna tar i den färdiga vinjetten. Ordningen kommer att redovisas i tabell 3. De variabler som kontrolleras för redovisas i tabell 2. Efter varje variabel i modellen redovisas dess värden, beroende på om variabelvärdet randomiserats till ett eller noll. Kontrollvariablerna X_5 , X_6 och X_7 har alltså alltid samma värde, och randomiseras inte.

Tabell 2. Variabelförteckning

X_5 = Missbruksintensitet och substans (0/1 = med ett mångårigt opiatberoende).
X_6 = Ålder (0/1 = Klienten är medelålders).
X_7 = Kön (konsekvent anges inte kön, utan klienten hänvisas till genom det könsneutrala pronomenet "hen").

I tabell 3 återfinnes de variabler som skall undersökas i uppsatsen. Dessa har två möjliga värden: 0 eller 1, vilka har randomiserats. De är:

Tabell 3. Variabelförklaring

X_1 = Sysselsättning (0 = Hen har en fungerande planering för sysselsättning / 1 = Hen har ingen fungerande planering för sysselsättning).
X_2 = Familjens roll/nätverkets roll (0 = och har ett socialt nätverk/familj som ger hen stöd / 1 = och saknar stöd i det sociala nätverket och familjen).
X_3 = Boendesituation (0 = Hen har ett fast boende / 1 = Hen är bostadslös).
X_4 = Tidigare psykosocial behandling (0 = Den terapeutiska behandlingen har fungerat bra / 1 = Den terapeutiska behandlingen har inte fungerat bra).

Efter de randomiserade vinjetterna infogades en tio-gradig skala samt en standardiserad fråga, nämligen: "Vid en rutinkontroll testar klienten positivt för opiater vid urinprov. Hur pass allvarligt bedömer du ovanstående? Svara på skalan under, där 1 motsvarar "inte alls allvarligt", och 10 motsvarar "ytterst allvarligt". Situationsbeskrivningen är hämtad från Petersson (2013), i vilken denna situation beskrivs vara frekvent. Situationen har därför ett värde då den ökar uppsatsens förklaringspotential.

Ordningen på variablerna är X_6 , X_5 , X_1 , X_2 , X_4 och X_3 , det vill säga ålder, missbruksintensitet och substans, sysselsättning, familjens roll/nätverkets roll, tidigare psykosocial behandling samt beroendesituation. En typvinjett redovisas som bilaga till uppsatsen. Denna ordning valdes då den skapar en flytande och logisk mening, vilket är centralt för att vinjetterna skall vara funktionella (Jergeby, 1999).

4.1 Standardiserad vinjett

Studiens syfte trianguleras (Bryman, 2012) genom användandet av en standardiserad vinjett i varje enkät. Detta innebär att den konstrueras med samma modell som ovan, undantaget att situationen istället formuleras till: "Vid samtal

med klienten framkommer att hen har ett pågående sidomissbruk av opiater". Respondenten ombeds bedöma denna situation på samma sätt som vid de randomiserade vinjetterna. Samma skala används, och även här är situationen hämtad från Petersson (2013).

Anledningen till att en annan situation valdes var uppsatsens begränsade vinjettuniversa. Totalt har vinjettundersökningen 16 möjliga vinjettutfall. Dessa utfall är det som begreppet "vinjettuniversa" avser, det vill säga hur många möjliga utfall variablerna kan få i form av vinjetter.

Dock leder detta till en avsevärd risk för att en standardiserad vinjett med samma situationsbeskrivning som de randomiserade skulle förekomma flera gånger på samma enkät. Därför valdes en annorlunda situation för den standardiserade vinjetten än för den randomiserade. Det hade varit ett avsevärt problem ifall en av vinjettuniversats utfall, motsvarande 6,25 % (en av 16) av vinjettuniversat är identiskt med den standardiserade vinjetten.

Samtliga randomiserade vinjetter kontrollerades vidare för säkerställa att två identiska randomiserade vinjetter inte förekommer på samma enkät, då detta med det relativt låga vinjettuniversat var en risk. Antalet vinjetter som bedöms är så pass få att två identiska randomiserade vinjetter hade hamnat direkt efter varandra. Därmed hade uppsatsens experimentella karaktär påverkats, och respondenternas kunskap hade inte i tillräcklig utsträckning utnyttjats.

Genom användandet av två olika situationsbeskrivningar men med samma variabler som bas går frågeställningen att triangulera (Bryman, 2012). Vidare gör det att den experimentella manipulationen av variabler genom randomisering inte är lika lättupptäckt som ifall identiska situationer konsekvent hade använts. Det gör att respondenter i mindre utsträckning kan kontrollera sina svar, det vill säga bygga upp mentala regler för hur bedömningar skall göras. Sådana motsätter sig factorial survey-metodens syfte, då detta bygger på att bedömningarna som görs liknar verkliga situationer så mycket som möjligt (Wallander, 2008).

För den standardiserade vinjetten gavs alla variabler 0-värde. Detta blir följande i löpande skrift:

" Klienten är medelålders med ett mångårigt opiatberoende. Hen har fungerande planering för sysselsättning, och har ett socialt nätverk/familj som ger hen stöd. Hen har en fast bostad. Den terapeutiska behandlingen har fungerat bra. Vid samtal med klienten framkommer att hen har ett pågående sidomissbruk av opiater". Efter detta ställdes bedömningsfrågan.

Anledningen till att endast 0-värden användes är att klienten får en tydlig normerad roll i förhållande till de avvikelser från vad som utifrån Socialstyrelsens riktlinjer (Socialstyrelsen, 2007) kan förmodas vara en ideal kombination av skyddsfaktorer. Därmed kan man genom den standardiserade vinjetten mäta hur en ideal behandlingssituation, så som Socialstyrelsen bedömer den, bedöms av respondenterna.

En fördel med att inleda med en standardiserad vinjett är att det ger alla respondenter samma utgångspunkt. Detta stärker ytterligare studiens experimentella karaktär, då snarlika utgångspunkter eliminerar initial bedömarpåverkan (Wallander, 2008).

Samtliga bedömningar gjordes på en tio-gradig skala. Anledningen till att bedömningsskalan operationaliserades med så pass många potentiella svarsalternativ var att minimera möjligheten för respondenterna att under svarsprocessen skapa personliga tumregler för hur man svarar. Ifall skalan skulle ha presenterats med färre alternativ, skulle tumregler av typen "ifall variabel X föreligger, skall alltid bedömningen vara Y". Då flera variabler finns representerade i varje vinjett, samt bedömningen görs på en så pass omfattande skala, skulle tänkta tumregler bli så pass komplicerade att de i praktiken skulle bli svår användbara. Därmed kan den höga skalan ses som en ansats för att öka reliabiliteten.

4.3 Randomiserad vinjett

Centralt för operationaliseringen av den randomiserade vinjetten är huruvida variablerna skall representeras jämnt i vinjetterna eller ej. Ifall detta skall företas behöver beslutet kopplas till antingen teoretiska antaganden eller resultatet av tidigare forskning på området (Wallander, 2008). Omsatt i den praktiska operationaliseringsfasen innebär detta beslut ifall varje variabelutfall skall förekomma lika många gånger, eller om dessa skall fördelas på olika sätt. Då det inte föreligger några teoretiska eller praktiska förevändningar för att inte ha en jämn fördelning av variablerna gjordes inte detta heller.

Randomiseringsprocessen tillåter att en obegränsad mängd vinjetter skapas. Då inga särskilda variabler behöver representeras på ett ojämnt sätt går det vidare att skapa nya vinjetter ifall det föreligger behov. Initialt skapades 160 vinjetter, som delades upp till totalt 80 enkäter med två randomiserade och en standardiserad vinjett var. Samtliga enkäter kontrollerades manuellt för att säkerställa att ingen enkät innehåller två identiska vinjetter. I de fall där det förekom identiska vinjetter på samma enkät flyttades den andra av de två identiska vinjetterna till nästkommande enkät. Ifall det medförde att det blev dubblett på en ny enkät flyttades den dubbla vinjetten från den första enkäten ytterligare en gång. Detta upprepades till samtliga enkäter innehöll två olika randomiserade vinjetter.

Randomiseringen av variablerna gjordes initialt i Microsoft Excel. Totalt skapades fyra kolumner med 160 celler vardera. Dessa gavs slumpade värden genom kommandot "rand ()". Totalt skapades alltså 640 celler med slumpade värden mellan 0 och 1. Dessa klistrades in i SPSS, där de fick funktionen av variabelvärden. Dessa hade vid inklistringen fem decimaler var, och var randomiserade mellan värdena noll och ett.

Detta betyder dock inte att hela materialet är jämnt slumpat. Detta är då varje värde skapas slumpmässigt, det vill säga utan intern relation till andra randomiserade värden. Detta betyder att det finns en risk för att värdena i sig inte är jämnt fördelade, utan att de av slump kan vara snedfördelade. Därför utfördes en omkodning i SPSS. Varje kolumn frekvensanalyserades, och medianvärde togs fram. Efter detta omkodades alla värden som var under medianen, så att 50 % av värdena hade värdet "0". Samma förfarande gjordes med resterande värden, som gavs värdet 1. Vinjettmaterialet i SPSS bestod alltså nu helt och hållet av binära dummy-variabler (Djurfeldt, et al., 2012). Med detta avses att variablerna endast har 2 värden, och att de därför kan användas vid multipel regressionsanalys.

Efter detta lades variabelvärdena över i ett datorprogram som är specialkonstruerat för att koppla ihop värden med text, och som därmed kan

konstruera variabler. Programmet omvandlade alltså enskilda värden, i det aktuella fallet "0" och "1" med specifika textstycken. De textstycken som användes är de variabelvärden som tidigare redovisats. Dock omkodades variablerna X_1 och X_2 i variabelprogrammet till en variabel med fyra möjliga utfall. Detta gjordes då meningsuppbyggnaden blev lidande vid vissa utfallskombinationer. Därför grupperades dessa variabler gemensamt i datorprogrammet, men kodades separat i SPSS. Samtliga vinjetter var försedda med ett unikt nummer, som sedan kan användas för att hitta vinjetterna i SPSS.

4.4 Bakgrundsfakta

Enkäten avslutades med insamling av bakgrundsfakta för respondenten. Bakgrundsfaktan i den aktuella enkäten är två frågor; dels den högsta genomgångna utbildningen, dels aktuell arbetsplats. På den första frågan fanns förkodade alternativ, nämligen: socionom/socialpedagog/kuratorsutbildning, undersköterska/skötare, sjuksköterska/specialistsjuksköterska, läkare/specialistläkare samt annat, där möjlighet gavs att fylla i ett eget svar.

På den andra bakgrundsfrågan var inga alternativ förkodade. Slutligen informerades respondenterna om möjligheten att ta del av resultaten från uppsatsen via e-post, samt möjlighet att fylla i sin e-post.

Ordningen på varje enkät var först ett försättsblad där medgivande efterfrågas. Efter det fanns ett informationsblad med fakta om uppsatsen, kontaktuppgifter samt information om uppsatsens syfte. Vidare informerades respondenterna om samtyckeskravet, nyttjandekravet samt konfidentialitetskravet skriftligen (Bryman, 2012). Efter detta presenterades vinjetterna; först den standardiserade, och efter den de två randomiserade. Enkäten avslutades med ett separat blad med bakgrundsinformation. Den del av den sista sidan där respondenterna kunde fylla i sin e-postadress placerades på sidans undre del. Detta för att underlätta separationen av e-postadresser från enkäter innan materialet transporteras. Vidare separerades samtliga medgivandeblanketter från enkäterna i samband med att de samlades in. Detta för att säkerställa att det inte skulle gå att spåra enskilda respondenters enkäter tillbaka till dem.

Ifall enkäten inte kunde fyllas i när den delades ut gavs möjlighet att brevlades lämna in enkäten.

5. ETISKA AVVÄGNINGAR

Uppsatsen har genomgått granskning av det till Malmö Högskola knutna etiska rådet. För att garantera individuella respondenter och aktuella verksamheters anonymitet har all resultatredovisning gjorts på sådant sätt att det inte går att återkoppla till varken enskilda respondenter eller enskilda verksamheter.

Samtliga respondenter som närvarade vid informationsträffar informerades muntligen om uppsatsens syfte och fick en kort presentation av hur den går till. Vid informationsträffarna informerades det även muntligen om uppsatsens syfte och form, samt om att deltagande är frivilligt, att materialet är konfidentiellt och att det kommer att förstöras efter att materialet är analyserat samt att det insamlade materialet endast kommer att användas för det aktuella ändamålet

(Bryman, 2011). Det fanns i samband med detta möte möjlighet att ställa frågor till uppsatsförfattaren. Skriftligt medgivande inkrävdes i samband med att enkäterna delades ut.

Då den valda respondentgruppen består av yrkesverksamma bedöms inga etiskt problematiska situationer riskera att uppkomma.

6. TEORI

6.1 Om begrepp vid översättning av det engelska originalmaterialet

Först och främst är det relevant att diskutera den aktuella metodens terminologi, samt de problem som finns vid direktöversättningar från originalspråket för publiceringarna till svenska. Konsekvent används begreppet "judgement" i litteraturen. Enligt Taylor (2012) används begreppet "judgement" i kontexten av factorial surveys "the considered evaluation of evidence by an individual using their cognitive faculties so as to reach an opinion on a preferred course of action based on available information, knowledge and values" (Taylor, 2012, s. 548). Denna process är central i det vardagliga arbetet för otaliga yrkesverksamma kliniker (Benbenishty, 1992).

Definitionsmissigt finns det vid tillämpning i den aktuella uppsatsen inga problem med termen "judgement", så som Taylor (2012) definierar den. Risken för missförstånd uppkommer dock vid översättningen till svenska. Bland de möjliga översättningarna (Anon., 1988) kommer först "dom", sedan "domslut" och slutligen "utslag". Först som fjärde möjlig översättning kommer "bedömning". Det är dock detta som är den relevanta termen för att kontextuellt använda begreppet "judgement".

6.2 Teoretiska antaganden och avvägningar

Det är relevant att initialt göra en genomgång av de begränsningar i information som factorial survey-metoden ger. Detta då dessa begränsningar är helt centrala för att förstå hur uppsatsens teoretiska ramar tillämpas på det insamlade materialet. Metoden sätter som tidigare nämnts fokus helt och hållet på själva beslutet - inte processen som leder fram till det eller resultat av det (Taylor, 2012). Metoden tillåter inte heller en separation mellan olika källor. Det går därför inte att på ett realistiskt sätt dela upp den påverkan på beslut som kommer från organisationens bestämmelser, moraliska uppfattningar eller vetenskaplig kunskap.

Flera olika modeller finns för att förstå vad en bedömning är. Syftet med dem är primärt att underlätta förståelsen av dessa, samt de olikheter och likheter olika sorters bedömningar har (Taylor, 2012). Ett grundläggande problem som många intervjumetoder har är dock att det inte nödvändigtvis är så att den som fattar beslut rent konkret känner till hur beslutsprocessen går till (Benbenishty, 1992). En relevant uppdelning av beslutsprocesser är mellan analytiska och intuitiva tankeprocesser, som ytterst leder till olika sorters beslut. Traditionellt har dessa uppfattats som diametrala motsatspar, men i aktuell forskning förstås dessa allt oftare som positioner på en skala; inte som binära processer (Taylor, 2012). I den aktuella uppsatsen kommer det inte att gå att skilja dessa processer åt. Dock bör en majoritet av de bedömningar som gjorts i uppsatsen ses som just medvetna och

analytiska, då det är just professionella bedömningar inom professionsgruppen som studeras.

Fördelen med factorial survey som metod är dock dess styrka i att faktiskt provocera fram ett beslut under experimentella former. Ett återkommande problem i forskning kring beslutsfattande har varit den breda diskrepansen som finns mellan hur beslut beskrivs och hur de konkret utförs (Benbenbishty, 1992). Detta kan tillskrivas flera av de problem som finns med att i efterhand återge information (Gambrill, 2005). Genom användandet av factorial survey-metoden ombeds respondenter att konkret, i stunden, fatta ett beslut (Wallander, 2008). Dessa går att på gruppnivå förstå och skapa modeller för, för att underlätta förståelsen av besluten (Benbenbishty, 1992).

6.3 Vad är ett beslut?

Traditionell forskning av beslut har primärt haft formen av input-output-system (Taylor, 2012). Dessa har i olika teoribildningar förstått som rationellt uppbyggda processer, där individuella beslutsfattare självständigt kan värdera inkommen information; både utifrån subjektiva och objektiva kriterier. Dessa modeller knyts samman av en grundläggande input-output-mekanism; den informationen som finns tillgänglig värderas av den enskilde, och resultatet är en bedömning. Till sin grund har denna definition av beslutsprocessen många likheter med Taylors (2012) definition av termen "judgement", där avvägningar såsom moraliska principer eller kunskap utgör de subjektiva kriterierna. Den traditionella förståelsen av beslut bygger alltså på en mekanisk förståelse av beslutsbegreppet, där regler och strukturer kan identifieras. Denna förståelse av beslutsfattande bygger på antagandet att en viss uppsättning input alltid genererar en viss output (Benbenbishty, 1992).

Mest relevant för den aktuella uppsatsen är dock den ansats som Taylor (2012) beskriver som judgement theory. Basen i denna är att den input som den enskilde tar in inte nödvändigtvis innehåller korrekt information. Därför utgår den enskilde från olika regler eller principer för att fatta beslut, utifrån det som denne uppfattar som relevant i i den aktuella situationen. Då situationer består av stora komplex av olika faktorer som har olika påverkan på beslut, även beroende av hur de sammanfaller, blir en mekanisk input-output-modell oanvändbar. Istället utgår judgement theory från att dessa faktorer påverkan på beslut går att mäta och korrelera. Ytterst är det alltså en fråga om olika faktorer påverkan på beslut och den statistiska analysen av denna process. Teorin lämpar sig enligt Taylor (2012) väl för användning i samband med factorial survey. Genom att studera beslut i skapandet, genom fingerade fall, kan så kallad efterhandsbias som Gambrill (2005) beskriver elimineras (Benbenbishty, 1992).

Utgångspunkten för vad som kan betraktas vara ett professionellt beslut definieras av Benbenbishty (1992), som menar att professionella beslut av yrkesverksamma, som av Benbenbishty beskrivs som expertis, innebär en "superior ability on making clinical judgements and decisions (Benbenbishty, 1992, p. 599).

För att förstå sammanslagningen av dessa kunskapsbegrepp är just användandet av simulerade fall samt användandet av statistiska metoder för att mäta påverkan en möjlig metod. Denna sorts analyser visar dock endast vad som är de generella beslutsbaserna - inte de individuella (Benbenbishty, 1992).

Teoretiskt har beslutsteorier länge arbetat med distinktionen mellan den input som ingår och den som inte ingår i beslut. Detta är ytterst något som har sammanfattats i signal detection theory (Taylor, 2012). Denna menar att det är relevant att skilja mellan så kallat noise, för beslutet oviktiga fakta, och så kallade signals, den relevanta informationen. Denna distinktion är dock inte relevant vid användning av factorial survey. Detta då metoden genom statistiska verktyg kan förklara den påverkan på den förklarade variansen och signifikansen i de använda variablerna.

Vidare tenderar beslutsfattande att ske kollektivt inom socialt arbete (Taylor, 2012) och inom delar av underhållsbehandlingen (Petersson, 2013), vilket ytterligare ökar steget från beslutet till resultatet av det. Dock är ofta den enskildes rekommendation, grundad på bedömning, vägledande (Taylor, 2012). Ytterligare ett problem med metoden är den tidsmässiga begränsningen som finns inneboende i factorial survey. Då materialet endast begränsas till beslutstillfället frånfäller den process över tid som ofta är central (Taylor, 2012).

Utöver ovanstående strukturförståelse av bedömningar kan Eileen Gambrills (2006) modeller fogas. Gambrill menar att det är centralt att förstå kontextuella faktorer påverkan av bedömningar, så som organisationen man verkar inom eller utbildningsprioriteringar. Det kan även vara en fråga om institutionsspecifika faktorer; dessa avses vara både regler för hur ärenden skall hanteras och utredas, och regler för vilka utfall som är acceptabla. Det kan även vara organisationens resurser.

Centralt för förståelsen av själva bedömningen är dess struktur. Gambrill (2006) menar att beslutet kan ses på följande vis. Bedömningen separerar initialt fakta och ansvar i inputen. Med fakta avses den information som finns tillgänglig, och en värdering av ifall denna är trovärdig. Ansvar avser hur själva ansvaret för en handling placeras. Möjliga utfall av denna process kan vara att ansvarsbelägga den enskilde individen, samhället i stort eller olika sociala grupperingar. På denna input tillämpas den enskilde bedömarens kunskap, begränsade av de beslutsmöjligheter som finns tillgängliga. Dessa vägs för konsekvenser och möjliga utfall, och de olika utfallen struktureras utifrån vilka värden varje potentiellt utfall har (Gambrill, 2006). Utfallens sannolikhet vägs mot varandra (Taylor, 2012). Efter denna process görs en bedömning av det aktuella problemet (Gambrill, 2006). Modellen bygger dock hela tiden på en osäkerhetsfaktor: den input som finns tillgänglig är begränsad, och behöver hela tiden tolkas av bedömare; samtidigt är utfallsberäkningen ytterst en fråga om sannolikhet.

6.4 Återhämtningskapital

Med utgångspunkt i Bourdieus kapitalmodell strukturerar Cloud och Granfield (2008) en strukturerad modell för att förstå återhämtning från missbruk utifrån olika kapitalformer. Modellen tillämpar Bourdieus förståelse av kapitalformer som beståndsdelar i klassbegreppet för att strukturera faktorer som har påverkan på återhämtningen från missbruk. Grundantagandet är således att en stor del av den process som ingår i att avsluta ett missbruk påverkas av externa faktorer. Kapitalformer, som tillsammans utgör flera analysnivåer av klassbegreppet, skiljer sig från det klassiska klassbegrepp som utvecklades av Karl Marx i dennes forskning, och som huvudsakligen utgår från materiella kapitalformer (Ritzer, 2009). Samtidigt utgör kapitalformerna ett strukturerat sätt att förstå hur olika grupperingar förhåller sig till varandra inom ramen för en social eller institutionell hierarki, samt hur dessa grupper internt förhåller sig till varandra utifrån kapital- och klassspecifika strukturer (Emirbayer & Willis, 2005).

Återhämtningskapital kan sammanfattas som "the sum total of one's resources that can be brought to bear on the initiation and maintenance of substance misuse cessation" (Cloud & Granfield, 2008, p. 1972). Kapital används i denna kontext som ett generiskt begrepp avseende tillgångar och fördelar, både fysiska, sociala och psykologiska. De fyra huvudsakliga formerna av återhämtningskapital är:

- *Socialt kapital*, som avser individens nätverk och relationer med andra människor. De involverar även dessas resurser i form av kunskapsöverföringar och lån; men även stöd, vänskap och familjerelationer (Cloud & Granfield, 2008);

- *Fysiskt kapital*, som avser ekonomiskt kapital. Detta kan vara både i form av likviditet och bostad, men även ekonomisk stabilitet. Detta har en konkret påverkan i den enskildes valmöjligheter i återhämtningsprocessen - och därmed möjligheter såsom att vara ledig från arbete en längre tid eller uppsöka terapeutisk behandling själv (Cloud & Granfield, 2008);

- *Humankapital*, som avser kapital som berör hur man effektivt skall kunna interagera med olika miljöer och i mellanmänskliga interaktioner. Det definieras i texten som funktioner som ger den enskilde "means to function effectively in contemporary society, and to attain personal goals" (Cloud & Granfield, 2008, p. 1974). Exempel på sådant är till exempel utbildningar, möjlighet till att få ett arbete samt psykiskt välmående. Särskilt förhållandet till yrkesarbete ses som en viktig del av humankapitalet, samt den enskildes förhållande till arbetsplats och arbetsmarknad. Detta är särskilt viktigt då flera studier visat yrkesarbetets positiva effekter för att bibehålla drogfrihet (Cloud & Granfield, 2008);

- *Kulturellt kapital*, som avser den enskildes förståelse av kulturella normer, samt dennes förmåga att agera inom ramarna för dessa. Detta kan även förstås som olika perspektiv på ens tillvaro, samt hur den enskilde kan navigera sig fram genom andra människor och deras kulturella kapital. Ytterst kan detta vara en fråga om att den enskilde har en uppsättning normer som strider mot de som är generella i samhället. Just detta kan vara särskilt problematiskt för återhämtningen, och en inte oansenlig del av behandling spenderas ofta med att skapa nya normsystem som underlättar återhämtning (Cloud & Granfield, 2008).

Begreppet återhämtningskapital inbegriper alltså flera komplexa interaktioner som tillsammans underlättar tillfrisknande från missbruk. Bland de mest verksamma kan nämnas "sociala relationer, ekonomiska möjligheter, livskvalitet, framtidsutsikter, och tillgång till alternativa aktiviteter" (Ekendahl, 2011, p. 299). Förekomsten av starka positioner utifrån förekomsten av återhämtningskapital har även observerats i djupintervjuer med socialarbetare (Ekendahl, 2011), trots att resultatet av detta verkar delvis motsäga annan forskning på fältet (Blomqvist & Wallander, 2005).

Kapitalformerna bör dock inte ses som binära positioner; de bör istället analytiskt förstås som skalor med negativt kapital i den ena polen och positivt kapital i den andra. Påverkan av återhämtningskapitalen bör inte heller ses som determinerande; otaliga exempel existerar där personer med höga kapitalvärden utvecklar missbruk, och personer med låga kapitalvärden inte missbrukar. Kapitalformerna utgör dock ett analytiskt ramverk för att förstå återhämtningsfaktorer, samt strukturera dessa (Cloud & Granfield, 2008).

6.5 Handlingsutrymme

Begreppet handlingsutrymme kommer att användas som ett teoretiskt analysverktyg. Handlingsutrymme som begrepp utgår från individen, men begränsas av de organisationella ramar som denne verkar inom. Dessa kan vara organisationens syfte, resurser eller traditioner. De kan även vara individens position i organisationen, och som helhet kan detta förstås som ett kontextuellt sammanhang där individen och organisationen är i ömsesidig interaktion, och där resultatet är positioneringar för individen, som representant för en organisation, och patienten, som medborgare. Handlingsutrymmet är det utrymme som skapas i denna process (Svensson, et al., 2008). I detta handlingsutrymme är bedömningen, med sin centrala position i det praktiska arbetet, en central del (Taylor, 2012). Handlingsutrymme kan även, i interaktionen mellan den yrkesverksamme och organisationen, utökas eller minskas. På detta sätt kan det förstås som potentiella valmöjligheter inom en given situation, med en process av tolkning av en uppsättning regler som är kontextspecifik (Svensson, et al., 2008). Praktiskt definieras denna process i litteraturen på följande som att: "Även om man känner sig uppbunden av regler lämnar regler alltid ett utrymme för tolkning och tillämpning, och det här valet lämnas till socialarbetaren" (Svensson, et al., 2008, p. 25).

7. RESULTAT

7.1 Om respondentgruppen

I uppsatsen ställdes frågan om den högsta genomgångna utbildning hos respondenterna. Resultatet framgår av tabellen här under.

Tabell 4. Yrke

	Frequency	Percent
Socionom/socialpedagog/kuratorsutbildning	1	2,6
Undersköterska/skötare	4	10,5
Valid Sjuksköterska/specialistsjuksköterska	27	71,1
Annat, nämligen	6	15,8
Total	38	100,0

Av totalt 38 respondenter var den i särklass största utbildningsgruppen i det insamlade materialet sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor. Detta alternativ valdes av totalt 27 personer, motsvarande 71,1 % av hela respondentgruppen. Det näst största alternativet var "annat". Då respondenter valde detta alternativ ombads de även att precisera sitt svar. Av de 6 personerna som valde detta preciserade samtliga respondenter vidare sin högsta genomgångna utbildningsnivå. Av dessa 6 var 2 respondenter psykologer, 1 person psykoterapeut, 1 person neuropsykolog, 1 person medicinsk sekreterare och slutligen en person enhetschef. Slutligen var alternativet socionom/socialpedagog/kuratorsutbildning valt av 1 person, motsvarande 2,6 %. Ytterligare en person hade valt detta alternativ, men då det även valts en specifik

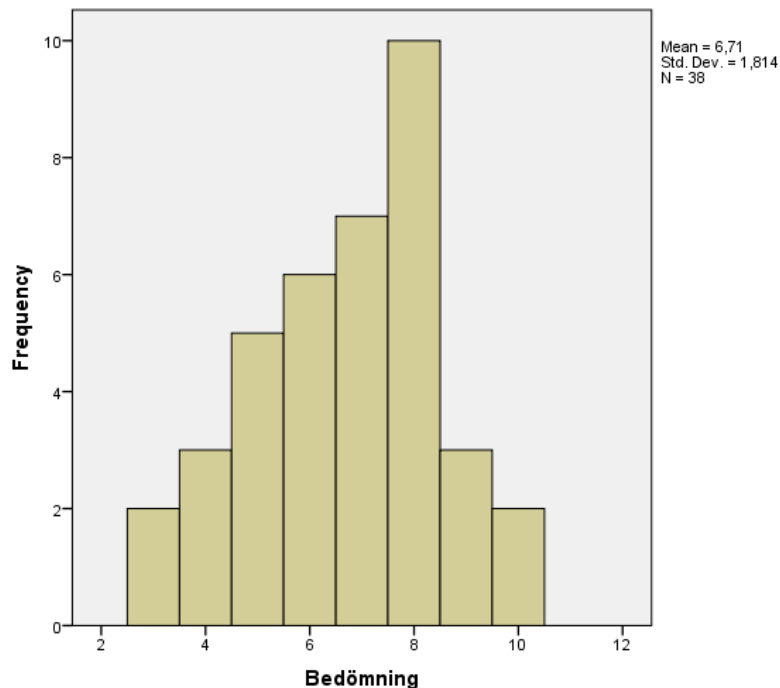
Tabell 6. Bedömning Standardiserad vinjett

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	2	5,3	5,3	5,3
4	3	7,9	7,9	13,2
5	5	13,2	13,2	26,3
6	6	15,8	15,8	42,1
Valid 7	7	18,4	18,4	60,5
8	10	26,3	26,3	86,8
9	3	7,9	7,9	94,7
10	2	5,3	5,3	100,0
Total	38	100,0	100,0	

7.4 Spridning i bedömning

I följande diagram (figur 1) framgår spridningen av bedömningsvärden. Dessa ser vi i den första kolumnen. Precis som tidigare nämnts varierar dessa mellan 3 och 10. Den mest frekvent förekommande bedömningen är 8, vilket har valts av totalt 10 personer, motsvarande 26,3 %. Efter denna kommer 7 med 18,4 % och 6 med 15,8 %. Slutligen kan man nämna att bedömningen 5 förekommer i 13,2 % av bedömningarna. Samtliga värden efter detta förekommer under 10 %.

Ifall man istället tar fram bedömningarna i histogramform (figur 1) blir tendensen i bedömningarna tydlig.



Figur 1. Bedömningar i histogramform

7.5 Standardiserad variabel: verksamhet 1

Detta är den verksamhet som getts beteckningen "verksamhet 1" i arbetsmaterialet. I det material som har samlats in framgår att medelvärdet för verksamhet 1 är 5,56. Medianen är snarlik, med 5,50, och standardavvikelsen är 1,711. Den lägsta bedömningen på skalan är 3, och den högsta 8.

Det går även att se närmare hur bedömningarna har fördelats över bedömningsgraderna, samt hur pass många procent av bedömare på enheten som har satt en bedömning. Av understående tabell (nr 8) framgår en bred fördelning av bedömningar; bedömningarna 4, 5, 6 och 8 motsvarar vardera 18,8 % av bedömningarna. Vidare har bedömningarna 3 och 7 vardera 12,5 %.

Tabell 7. Centralvärden verksamhet 1

Bedömning		
N	Missing	0
Mean		5,56
Median		5,50
Std. Deviation		1,711
Variance		2,929
Range		5
Minimum		3
Maximum		8

Tabell 8. Spridning verksamhet 1

	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	12,5	12,5	12,5
4	18,8	18,8	31,3
5	18,8	18,8	50,0
6	18,8	18,8	68,8
Valid 7	12,5	12,5	81,3
8	18,8	18,8	100,0
Total	100,0	100,0	

7.6 Standardiserad variabel: verksamhet 2

Bedömningarna inom verksamhet två är den enskilt mest sammanhållna vad det gäller bedömningskoncentrationen. Medelvärdet för verksamhet 2 är 7,33, och medianen är 7,0. Standardavvikelsen är dock relativt låg; endast 0,577 (tabell 9). Spridningen är mellan bedömningarna 7 och 8. Denna koherens syns även i spridningsandelarna, som visas i tabell 10. Bedömningen 7 gjordes av 66,7 % av respondenterna på verksamhet 2, och bedömningen 8 av 33,3 %.

Tabell 9. Centralvärden verksamhet 2

Bedömning		
N	Missing	0
Mean		7,33
Median		7,00
Std. Deviation		,577
Variance		,333
Range		1
Minimum		7
Maximum		8

Tabell 10. Spridning verksamhet 2

	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
7	66,7	66,7	66,7
Valid 8	33,3	33,3	100,0
Total	100,0	100,0	

7.7 Standardiserad variabel: verksamhet 3

Verksamhet 3 har centraltendenser som är mycket nära varandra (tabell 11). Medelvärde för verksamhet 3 är 6,91 och medianen är 7. Standardavvikelsen är 1,514. Den lägsta bedömningen är 5, och den högsta är 10. Detta gör att samtliga bedömningar på verksamhet 3 varierar mellan värdena 5 och 10.

Vad gäller fördelningen av bedömningar (tabell 12) går det att utläsa att de två största bedömningsvärdena är 6 och 8, som var för sig motsvarar 27,3 %. Efter detta kommer 5 och 7, som vardera representerar 18,2 % av bedömningarna inom verksamhet 3.

Tabell 11. Centralvärden verksamhet 3		
Bedömning		
N	Missing	0
Mean		6,91
Median		7,00
Std. Deviation		1,514
Variance		2,291
Range		5
Minimum		5
Maximum		10

Tabell 12. Spridning verksamhet 3

	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
5	18,2	18,2	18,2
6	27,3	27,3	45,5
Valid 7	18,2	18,2	63,6
8	27,3	27,3	90,9
10	9,1	9,1	100,0
Total	100,0	100,0	

7.8 Standardiserad variabel – verksamhet 4

För verksamhet 4 är medelvärdet för bedömningarna av den standardiserade vinjetten 8,50; det är samma värde som bedömningarnas medianvärde. Standardavvikelsen är 0,926. Den lägsta bedömningen av den standardiserade vinjetten är 7, och den högsta 10 (tabell 13).

Då man ser till bedömningsfördelningen (tabell 14) är de två mest frekventa bedömningarna 8 och 9, med vardera 37,5 %. I fallande ordning efter dessa kommer bedömningarna 7 och 10, som representeras av vardera 12,5 %.

Tabell 13. Centralvärden verksamhet 4		
Bedömning		
N	Missing	0
Mean		8,50
Median		8,50
Std. Deviation		,926
Variance		,857
Range		3
Minimum		7
Maximum		10

Tabell 14. Spridning verksamhet 4

	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
7	12,5	12,5	12,5
8	37,5	37,5	50,0
Valid 9	37,5	37,5	87,5
10	12,5	12,5	100,0
Total	100,0	100,0	

7.9 Jämförelse av verksamheterna

Det kan vidare vara intressant att se till hur ovanstående organisationer förhåller sig till varandra. Detta redovisas i följande tabell; denna kan även fungera som en jämförelse mellan de olika verksamheternas centralmått.

Tabell 15. Jämförelse centraltendenser

Verksamhet	Mean	Median	Std. Deviation	Range	Minimum	Maximum
1	5,56	5,5	1,711	5	3	8
2	7,33	7	0,577	1	7	8
3	6,91	7	1,514	5	5	10
4	8,5	8,5	0,926	3	7	10
Samtliga	6,71	7	1,814	7	3	10

Inledningsvis är det anmärkningsvärt att medelvärdet för verksamheterna har en bred spridning. Den som har lägst medelvärde, verksamhet 1, har 5,56 i medelvärde; den verksamhet som har högst medelvärde är klinik 4 med 8,5. Skillnaden mellan dessa är alltså drygt 3 vid en bedömning på en tiogradig skala. Vidare utgör standardavvikelsen en intressant parameter för jämförelse. De två verksamheter som har högst standardavvikelse är verksamhet 1 med 1,711 och 3, med standardavvikelse 1,514. De två verksamheter med högst medelvärden för bedömning är även de som har lägst standardavvikelser; verksamhet 4 med 0,926 och verksamhet 2 med 0,577.

Slutligen kan även intressant att notera spännvidden i svaren. Det kan här vara centralt att notera att de verksamheter som har något lägre medelvärden vid bedömning har högre spridning än de verksamheter som har högre medelvärden. Verksamhet 1 har ett medelvärde på 5.56 och en spridning på 5; detsamma gäller för verksamhet 3 med ett medelvärde på 6,91 och en spridning på 5. De verksamheterna med högst medelvärden, 2 och 4, har en spridning på 1 och 3, respektive.

Vidare redovisas de bedömningar som har gjorts i form av en korstabell (tabell 16). Syftet med denna är att ytterligare tydliggöra hur fördelningen av bedömningar ser ut beroende av vilken verksamhet respondenten befinner sig på.

Tabell 16. Jämförelse bedömningar

		Huvudman				Total	
		Verk 2	Verk 3	Verk 1	Verk 4		
Bedömning	3	% within Bedömning			100,0%	100,0%	
		% within Huvudman			12,5%	5,3%	
	4	% within Bedömning			100,0%	100,0%	
		% within Huvudman			18,8%	7,9%	
	5	% within Bedömning		40,0%	60,0%	100,0%	
		% within Huvudman		18,2%	18,8%	13,2%	
	6	% within Bedömning		50,0%	50,0%	100,0%	
		% within Huvudman		27,3%	18,8%	15,8%	
	7	% within Bedömning	28,6%	28,6%	28,6%	14,3%	100,0%
		% within Huvudman	66,7%	18,2%	12,5%	12,5%	18,4%
	8	% within Bedömning	10,0%	30,0%	30,0%	30,0%	100,0%
		% within Huvudman	33,3%	27,3%	18,8%	37,5%	26,3%
	9	% within Bedömning				100,0%	100,0%
		% within Huvudman				37,5%	7,9%
	10	% within Bedömning		50,0%		50,0%	100,0%
		% within Huvudman		9,1%		12,5%	5,3%
	Total	% within Bedömning	7,9%	28,9%	42,1%	21,1%	100,0%
		% within Huvudman	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Ovanstående diagram utläses på följande sätt: varje verksamhet redovisas vågrätt, och varje bedömning lodrätt. Som framgått av resultatredovisningen ovan finns skillnader i hur verksamheternas bedömningar fördelar sig. Generellt kan sägas att spridningen för verksamhet 1 blir tydligare; hela skalan från 3 till 8 används. För verksamhet 2 används endast två bedömningar, 7 och 8. Verksamhet 3 använder bedömningarna 3 till 8 samt 10, och verksamhet 4 använder bedömningarna 7 till 10.

Det är även värt att notera hur bedömningarna representeras hos huvudmannen. Totalt 26,3 % av alla bedömningar är 8, 18,4 % är 7 och 18,8 % är 7. Bedömningen 10 återfinns endast hos 5,3 % av det totala materialet.

7.10 Professionens påverkan av beslutet

Avslutningsvis kan nämnas att det även gjordes en analys av professionens påverkan av den standardiserade variabeln. Professionen skall i sambandet förstås som svaret på bakgrundsfrågan "Markera din högsta genomgångna utbildning". Efter frågan gavs 4 förkodade alternativ samt möjligheten att själv fylla i ett alternativ, ifall inget som passade in på respondenten fanns med i listan.

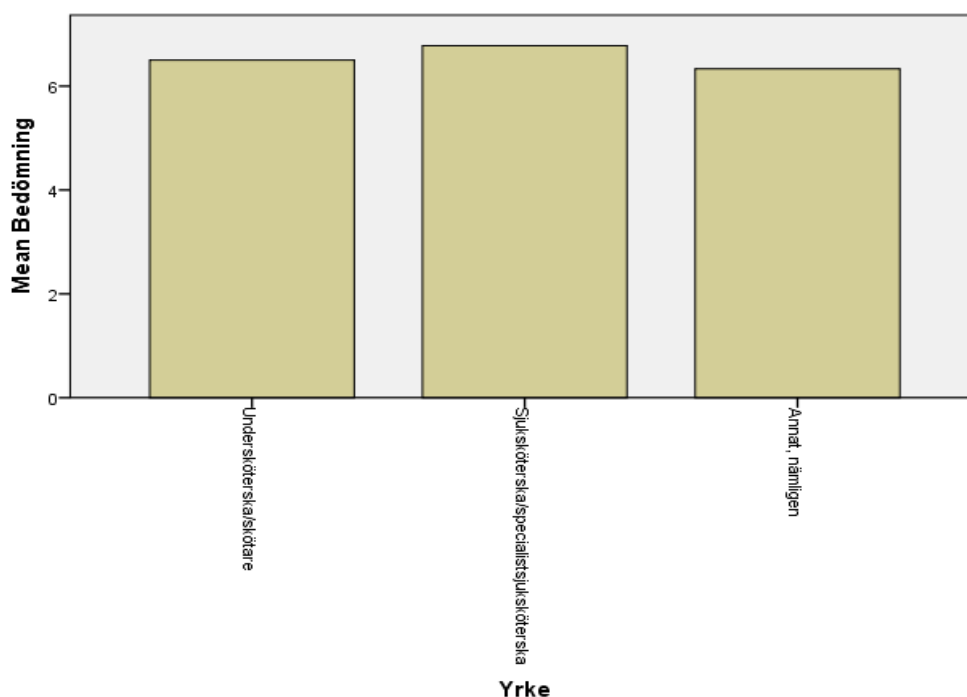
Den jämförande analysen av professionernas medelvärden vid bedömningen av den standardiserade vinjetten redovisas här. Som framgår av tabell 17 finns vissa skillnader i både medelvärden och standardavvikelser som fördelas över

professionsgrupperna. Då det endast fanns en respondent som valt alternativet ”socioonom/socialpedagog/kuratorsutbildning” kommer denna bedömning inte att redovisas. Detta är för att säkerställa att denne respondents svar inte går att koppla tillbaka till hen, och därmed upprätthålla anonymitetskravet.

Tabell 17. Jämförelse medelvärden profession

Bedömning			
Yrke	Mean	N	Std. Deviation
Undersköterska/skötare	6,50	4	2,380
Sjuksköterska/specialistsjuksköterska	6,78	27	1,695
Annat, nämligen	6,33	6	2,338
Total	6,71	38	1,814

Det högsta medelvärdet har respondentgruppen sjuksköterskor med 6,78 och en i relation till övriga professionsgrupper låg standardavvikelse på 1,695. Efter denna kommer i sjunkande ordning undersköterskor med 6,5 och en standardavvikelse på 2,38, och sedan annat, med 6,33 i medelvärde och 2,338 i standardavvikelse. Man bör dock nämna att standardavvikelsen i den aktuella materialredovisningen inte nödvändigtvis är intressant. Detta då en av professionsgrupperna, ”Annat”, är så pass bred att den inte går att tala om som en enhetlig grupp. Jämförelsen av standardvärden blir därmed huvudsakligen mellan undersköterskegruppen och sjuksköterskegruppen. Dock bör man även i dessa jämförelser vara försiktig, då det i undersköterskegruppen ingår 4 respondenter, och i sjuksköterskegruppen ingår 27.



Figur 2. Jämförelse bedömningar profession

Avslutningsvis kan denna jämförelse av medelvärden förstås utifrån ovanstående stapeldiagram (figur 2). På detta framgår medelvärden mellan professionsgrupperna. Trots de begränsningar som tidigare nämnts angående

respondentgruppen ”Annat” är det relevant att notera att en bred koherens i bedömningarna utifrån profession verkar föreligga. De variationer som har redovisats utifrån verksamheter verkar alltså inte bero på stora skillnader i bedömningar mellan olika professioner.

7.11 Resultat av de randomiserade vinjetterna

För att bearbeta materialet från uppsatsens andra delstudie, factorial surveyen, användes multipel regressionsanalys. Totalt bedömdes 76 randomiserade, kontrollerade vinjetter av respondentgruppen. Detta gjordes på en tio-gradig skala där ”1” motsvarar ”inte alls allvarligt” och ”10” motsvarar ”ytterst allvarligt”. I regressionen kodades även verksamheter som dummy-variabler. Då en av sekretessavvägningarna initialt under uppsatsens gång var att dess syfte inte var att fungera som en utvärdering av verksamheter eller individer, kommer inte heller enskilda enheters resultat redovisas. Vad som dock framkom är att organisationen i sig har en stark påverkan på de organisationsanknutnas bedömningar. Därför kommer verksamheter att analyseras. Det kommer dock inte att framgå vilka verksamheter som motsvaras av vilka värden i regressionsanalysen. Istället kommer dessa att anonymiseras.

Tabell 18. Förklarad varians

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,362 ^a	,131	,041	2,010

a. Predictors: (Constant), Verksamhet 4, Sysselsättning, Psykosocial intervention, Familj, Verksamhet 3, Boende, Verksamhet 1

Vad som initialt är intressant att lyfta fram är resultatets relativt höga förklarade varians, som redovisas i tabell 18. Den mäts i regressionsanalyser genom måttet R square (R²), och förstås som den andel av variansen i den beroende variabeln som kan förklaras av variationer i de oberoende variablerna. Den läses som ett värde mellan 0 och 1, där 1 motsvarar total förklarad varians och 0 motsvarar ingen förklarad varians. I detta fall är den förklarade variansen 0,131. Detta betyder att 13,1 % av variationerna i den beroende variabeln, det vill säga bedömningarna, kan förklaras genom variationer i de analyserade variablerna. Det centrala i den standardiserade vinjetten är hur de enskilda variablerna påverkar bedömningarna. Dessa kommer att redogöras för i två separata stycken; dels utifrån de variabler som studeras, dels utifrån de organisationer som deltagit.

Variablerna skall i sammanhanget förstås som att de motsvarar dess ”negativa” utfall. Detta innebär att variabeln ”boende” redovisar dess påverkan på bedömningen ifall vinjetten har beskrivningen bostadslös. Detta gäller även för variablerna sysselsättning, familj och psykosocial behandling.

Tabell 19. Korrelationskoefficienter

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	4,531	1,018		4,450	,000
Verksamhet 1	1,040	,902	,252	1,154	,253
Sysselsättning	,173	,485	,042	,356	,723
Familj	,832	,489	,204	1,702	,093
Boende	,822	,520	,200	1,581	,118
Psykosocial intervention	,921	,507	,223	1,815	,074
Verksamhet 3	1,187	,955	,264	1,243	,218
Verksamhet 4	1,588	,981	,318	1,619	,110

Dependent Variable: Bedömning

7.12 Variablernas påverkan på beslut

De variabler som låg till grund för vinjetterna var sysselsättning, familjen/nätverkets stöd, boendesituationen samt hur den psykosociala interventionen fungerat. Styrkan i dessas påverkan utläses genom b-koefficienten i ovanstående modell. Värdet skall förstås som den påverkan variabeln har på en bedömning på en tiogradig skala. B-koefficienten kan förstås som det värde som variabeln ökar bedömningen med.

Samtliga av de undersökta variablerna har b-koefficienter under 1. Den variabel som har störst påverkan på bedömningarna är den psykosociala interventionen, med ett b-värde på 0,921. Efter denna kommer variabeln familj med en b-koefficient på 0,832 och boende med 0,822. Slutligen kommer variabeln sysselsättning med en b-koefficient på 0,173.

Utifrån det insamlade materialet går det att skönja ett kluster vid bedömningarna. De tre variablerna psykosocial intervention, familj och boende har liknande värden, och kan sägas ha jämförlig påverkan av bedömningarna. Långt under dessa finns sysselsättningsvariabeln med en b-koefficient på under en fjärdedel av den högst uppmätta b-koefficienten.

7.13 Organisationernas påverkan på bedömningar

De enskilda organisationernas påverkan har även studerats genom multipel regressionsanalys. Dessas påverkan på besluten skall ses som en ickebedömd variabel - de visar hur påverkan av en enskild vårdinrättning ser ut på beslutet. Rent praktiskt är dessa värden inte direkt jämförbara med de variabelvärden som redovisats ovan. Organisationernas b-koefficienter utgår inte från en randomiserad variabel.

Analysen har gått till på så vis att tre verksamheter har analyserats, och en fjärde har använts som referenspunkt. Denna, som i databearbetningen heter "verksamhet 2", har i sin roll som referensverksamhet en b-koefficient på 0. Verksamheten har valts utifrån att den har lägst medelvärde. Detta för att undvika att sambanden, förstått som b-koefficienter, skulle bli negativa, och därmed försvåra förståelsen för materialet.

Den verksamhet med mest påverkan på besluten är verksamhet 4, som har en b-koefficient på 1,588. Efter denna kommer i sjunkande ordning verksamhet 3 med

en b-koefficient på 1,187 och verksamhet 1 med en b-koefficient på 1,040. Variansen inom b-koefficienterna är alltså generellt hög. Tre av organisationerna har en b-koefficient över 1. Endast den verksamhet som används som referens sticker ut från mönstret, med en b-koefficient på 0.

8. DISKUSSION

8.1 Resultatdiskussion

Initialt är det relevant att nämna något om tillämpningen av de teoretiska ramarna vid användande av vinjettmetoder med factorial survey-ansatser. I den kunskapstradition som metoden utgör är de teoretiska tolkningarna generellt underordnade den mycket precisa informationen som metoden, samt dennas experimentella ansats, genererar. Det finns dock i det aktuella materialet flera analyser som är relevanta för att skapa en fördjupad förståelse för resultatet.

8.1.1 Verksamheten och dess påverkan

Utifrån judgement theory (Taylor, 2012) utgår varje beslut från en uppsättning information som tolkas via en uppsättning regler och principer. Det är dessa regelsystem som är huvudfokus för uppsatsens teoretiska ansats. Dessa regeluppsättningar är ofta knutna till kunskapsantaganden, såsom praktisk kunskap eller teoretisk kunskap. Dessa antaganden blir sedan den bas - eller det filter - som används för att tolka informationen och fatta ett beslut. Utifrån det aktuella materialet går det att sluta sig till att den relevanta kunskapsbasen för besluten inte är de variabler som studerats. Istället är det organisationerna som sticker ut som de mest relevanta variablerna för att förstå beslut. Rent analytiskt är detta inte nödvändigtvis en problematisk slutsats: det finns inget i litteraturen som omöjliggör en teoretisk analys av verksamheter som en uppsättning kunskaps- och värderingsbärande enheter på samma sätt som en utbildning eller en moralisk övertygelse är. Utifrån judgement theory (Taylor, 2012) kan organisationen fungera som den primära uppsättningen kunskap och principer som vägleder beslut, och de studerade variablerna under denna. Detta antagande stämmer dock endast i tre av fyra verksamheter, där verksamhet 2 avviker. Sambanden är kausala, vilket bör anses vara centralt för att tillämpa ovanstående resonemang.

För att förstå den roll som verksamheten verkar ha är även resultatet av den standardiserade vinjetten relevant. Som framgått ovan finns stora skillnader i hur handlingsutrymmet ser ut mellan verksamheterna. Rent analytiskt kan detta utifrån det aktuella materialet förstås genom verksamheternas medelvärde, spridning samt standardavvikelse.

Utifrån den jämförelse av dessa värden som redovisats går det vid tre av verksamheterna att se en utveckling där högre medelvärdesbedömningar samvarierar med lägre standardavvikelser och lägre spridning av bedömningar. Sambanden innehåller dock avvikelser i enskilda mått, vilket gör att det inte mer än tentativt går att diskutera sambandet som en förklaringsmodell.

Vid jämförelse av verksamheterna 1, 3 och 4 framkommer en samvariation där höga medelvärden för bedömningar av den standardiserade vinjetten verkar korrelera med låga standardavvikelser och låg spridning. Verksamhet 1 och verksamhet 3, med medelvärden på 5,56 respektive 6,61 har bägge spridningsvärden på 5. Verksamhet 4 har ett medelvärde för bedömningar på 8,5 och en spridning på 3. Då man ser till standardavvikelsen är utvecklingen

liknande: i samma ordning är dessa 1,771, 1,514 samt 0,926. Trots att utvecklingen inte är linjär förefaller det finnas ett samband mellan medelvärde, spridning och standardavvikelse.

Som nämnts tidigare är verksamhet 3 avvikande från detta mönster. Verksamheten förefaller dock då man ser till bedömningarna vika av på fler sätt än bara genom att inte vara en del i det generella mönstret. Den har ett förhållandevis lågt spridningsvärde på 1, och en standardavvikelse på 0,577 - ungefär hälften av den näst lägsta verksamhetens standardavvikelse. Verksamheten kan i sammanhanget förstås som en outlier i materialet (Djurfeldt, et al., 2012). Om man utgår från verksamheten som en koherent enhet med liknande inställningar, normer och kunskaper så förefaller verksamheten, förstådd genom dess olika centraltendenser, vara en så pass radikalt annorlunda verksamhet än de andra tre att jämförelser mellan dessa är svåra. Verksamheten behöver enligt ovanstående resonemang inte nödvändigtvis påverka samvariationen för de tre övriga verksamheterna, eller samvariationens värde för att ge en generell förklaring till de studerade verksamheternas handlingsutrymme.

Utifrån de resultat som har framkommit av den standardiserade vinjetten går det inte att uttala sig om hur handlingsutrymmet (Svensson, et al., 2008) som sådant konstrueras i den aktuella kontexten. Vad som dock framgår är att storleken på handlingsutrymmet, förstått som standardavvikelser och varians minskar med att medelvärden av bedömningarna ökar. Detta gäller för tre av fyra medverkande verksamheter. Just att denna utveckling inte är representativ för samtliga är ett problem för sambandets reliabilitet. Den avvikande verksamheten verkar dock, utifrån den randomiserade factorial surveyens resultat, även vara avvikande gällande bedömningar, varför en förklaring av avvikelserna kan vara att den är just en outlier - en dataobservation som kraftigt avviker från materialet utan mönster, och därmed förskjuter detta (Djurfeldt, et al., 2012). En potentiell förklaring till detta mönster är att det är en fråga om strukturella faktorer som möjliggör en bredd i bedömningar, samt att dessa möjligheter minskar i och med att medelvärdet för bedömningar ökar - och enheten därmed tenderar att bedöma situationer som allvarligare.

Verksamhetens värde för förståelsen av organisationen som determinerande för bedömningar tydliggörs i resultatet av den randomiserade vinjetten. Tre av de fyra verksamheterna ger b-koefficienter som överstiger samtliga av de randomiserade variabelernas b-koefficienter. Även detta tyder på verksamhetens värde för att förstå hur beslut skapas inom ramen för underhållsbehandling.

8.1.2 Det teoretiska ansvaret

I uppsatsens teoretiska avsnitt diskuteras även separationen mellan ansvar och fakta som en analytisk förståelse för beslutet som handling. Vid den multipla regressionsanalysen av de randomiserade vinjetterna framkommer en tendens hos flera variabler: familj, boende och psykosocial intervention har liknande b-koefficienter med en spännvidd mellan 0,822 och 0,921. Med andra ord har de en mycket lik påverkan på enskilda beslutssituationer. Sysselsättningsvariabeln har en b-koefficient på 0,173, långt under denna tendens. Dess påverkan på besluten kan därmed beskrivas som liten. Detta är intressant av två anledningar - dels då den låga fästa vikten vid sysselsättning är konsekvent med resultatet av tidigare forskning på angränsande fält (Blomqvist & Wallander, 2005), dels då det teoretiskt kan förstås som en avvägning mellan ansvarsområden (Gambrill, 2006).

Analytiskt framkommer i materialet ett lågt påverkande värde av sysselsättningsvariabeln i förhållande till tendensen. Sysselsättningsvariabelns påverkan kan utifrån Gambrell (2006) ses som varande utanför respondentgruppens teoretiska ansvar, medan en tendens av variabler, familjens roll, boendesituationen och den psykosociala interventionen ligger inom det teoretiska ansvaret, och därmed har en påverkan av bedömningarna. Det teoretiska begreppet ansvar bör i sammanhanget förstås som huruvida ett värde tillskrivs en variabel utifrån de uppsättningar kunskap, normer och erfarenhet som bedömaren i sin roll som yrkesverksam kan antas besitta.

8.1.3 Återhämtningskapitalet och dess roll

Vid diskussioner om det teoretiska ansvaret för olika variabler och de problemfält dessa representerar är det även relevant att koppla in begreppet återhämtningskapital (Cloud & Granfield, 2008). De variabler som introducerades i vinjetterna går teoretiskt att förstå som olika positioner inom ramen för begreppet återhämtningskapital. Flera av kapitalformerna är, precis som teorin tillåter, tillämpningsbara vid förståelsen av samma variabler.

Som tidigare nämnts definieras kapital i denna kontext som "the sum total of one's resources" (Cloud & Granfield, 2008, p. 1972) - det totala värdet i de positioner den enskilde innehar på en skala mellan negativt och positivt återhämtningskapital. Familj/nätverksvariabeln kan förstås som ett negativt eller positivt värde på en skala av socialt kapital. Detta då variabelpåverkan på bedömningen går att förstå som just en stödjande funktion riktad från nätverket och familjen till den enskilde. Boendeveriabeln går på ett liknande sätt att förstå som en fysisk kapitalform - boendet är en tillgång som ger ett rent rumsligt betingat handlingsutrymme. Dess effekter på återhämtningsprocessen är dock komplexa, och svåra att placera i någon av de fyra kategoriformerna. Variabeln arbete kan förstås som placerad på humankapitalets spektra - sysselsättningen, trots att den inte är preciserad som yrkesarbete eller annan sysselsättning, är även en fråga om anställningsbarhet och huruvida den enskilde kan fungera och få utbyte av den interaktion som sysselsättningen utgör. Slutligen kan variabeln psykosocial intervention förstås som en position på det kulturella kapitalspektrat. Denna, precis som sysselsättningsvariabeln, är medvetet vagt formulerad. Dock är kapitalformen tillämpbar då den psykosociala interventionen förutsätter en gemensam förståelse för en uppsättning begrepp för att vara funktionell. Vidare är en inte oansenlig del av den psykosociala interventionens värde att hos den enskilde skapa en uppsättning kulturella normer som underlättar återhämtning. Som materialet har visat faller tre av återhämtningskapitalformerna ut med positiva värden för bedömningar; sysselsättningsvariabeln gör det inte. Detta kan även sägas spegla ett antal medvetna eller omedvetna antaganden hos respondentgruppen om vikten av de olika återhämtningskapitalformerna.

Utifrån resultatet av den randomiserade vinjettstudien kan slutsatsen dras att respondenterna som kollektiv prioriterar tre sorters återhämtningskapital på liknande vis, nämligen familjen/nätverkets roll, boendet och den psykosociala interventionen. Dessa kan alltså sägas vara ett komplex av återhämtningskapital som har kausal påverkan av bedömningar på likartade sätt. Samtidigt avviker en av variablerna - den avseende sysselsättning - från detta mönster. Utifrån ansvarsteorin går detta att förstå som en form av återhämtningskapital som ligger helt eller delvis utanför verksamheternas ansvar. Det går även analytiskt att förstå

utifrån prioriteringar inom ramen för återhämtningskapital. Sysselsättningens låga b-koefficient är då inte ett resultat av ett aktivt val angående huruvida sysselsättningen ingår i det ansvarsområde som bedömningar grundar sig på; istället blir det låga värdet en medveten kollektiv värdering av en form av återhämtningskapital som havande mindre värde för bedömningen än andra.

Utifrån det insamlade materialet och den aktuella metoden går det dock inte att dra några slutsatser kring hur personal tänker kring ansvar eller inte vid sysselsättningens prioritet, men uppenbart är att det finns en reell skillnad i variablernas påverkan på bedömningar.

Vad gäller en analys av kapitalformerna är det även intressant att lyfta fram en förståelse av kapitalformerna som ett spektra med negativa och positiva poler. Utifrån detta perspektiv är en möjlig tolkning av materialets koherens i b-koefficienter över tre av fyra variabler samt det relativt till dessa låga b-värdet på den fjärde att återhämtningskapital inte är en teoretisk analys som i praktiken är relevant för de bedömningar som görs av respondentgruppen.

Slutligen är det relevant att nämna den randomiserade vinjettens förklarade varians. Som tidigare nämnts är detta ett mått på hur pass stor del av variansen i bedömningarna som går att förklara genom de undersökta variablerna. Resultatet av denna är 0,131, vilket betyder att totalt 13,1 % av den totala variansen i y-variabeln går att förklara med variationer i x-variabeln, verksamheter inräknade.

8.1.4 Uppsatsens resultat som en del i forskningskontexten

Som har redovisats tidigare i uppsatsen har beslutsfattande inom ramen för sociala verksamheter studerats både genom tillämpning av factorial survey-metoden och på andra sätt. Detta då det är relevant att se uppsatsen som en del i en kunskapsackumulation och inte fristående, för att förstå dess värde. Resultatet av den ena av de två större factorial survey-studierna inom den kommunala missbruksvården i Stockholmsområdet lyfte särskilt fram den enskilda organisationella enhetens vikt för att förstå skillnader i resultatet av bedömningar av likvärdiga vinjetter (Blomqvist & Wallander, 2004; Blomqvist & Wallander, 2005). I studien framkommer även att yrkesarbete, trots den starka evidensen för dennas positiva effekt på tillfrisknandeprocessen, har begränsad påverkan på bedömningar. Denna tendens speglas även i de bedömningar som har gjorts av denna uppsats respondenter. Vidare sammanfaller den slutsats som kunde dras (2004) med det som denna uppsats kan visa på - den roll som verksamhet, hos Blomqvist och Wallander (2004) förstått som arbetsplatskultur, har för besluten. Författarna gör även antagandet att, baserat på tidigare studier, bedömningarna tenderar att sammanfalla med faktiskt utfall. Detta ger, trots studiernas skillnad i metodologiska upplägg, en fördjupad legitimitet till uppsatsens resultat.

Traynor et al. (2010) visar på ett sätt som kan fungera som komplementärt till ovanstående antagande om bedömningar inom ramen för factorial surveyer och dessas förmåga att spegla verkliga beslut. Traynor et al. (2010) visar hur bedömningar, som basen i sjuksköterskors arbete, kan påverka beslut som ligger utanför den enskildes ansvar, till exempel genom att ge ifrån sig information på ett sådant sätt att de, genom kunskap om hur vårdapparaten fungerar, kan påverka utfallet. Detta är att jämföra med Taylors (2012) input-outputs-system, i vilket selektionen av input påverkar det reella resultatet.

Den tendens till enighet och splittring, som Lordan et al. observerar (1997) verkar även finnas i det insamlade materialet. I den standardiserade vinjetten finns det en enighet kring vissa bedömningar, men en bred splittring kring övriga. Detta speglas i den relativt breda spridningen kring medelvärdet, variansen, samt den höga standardavvikelsen.

Avslutningsvis har den tidigare forskningen som har redovisats angående attityders påverkan av retentionen inom programmen inte varit möjlig att undersöka med den aktuella metoden. Att kopplingen mellan attityder och retention har observerats är dock otvetydig.

8.1.5 Generaliserbarhet

Uppsatsen resultat bedöms ha relativt hög generaliserbarhet inom de studerade verksamheterna. Vidare bedöms den ha begränsad generaliserbarhet inom Region Skåne samt Västra Götalands län. Avslutningsvis bedöms uppsatsen ha ytterst begränsad generaliserbarhet utöver de två nämnda fälten.

8.2 Metoddiskussion

Det finns flera begränsningar i hur den valda metoden har tillämpats, som har haft en direkt påverkan på det material som har kunnat samlas in. En av de viktigaste kritikerna av factorial survey-metoden är framprovocerandet av en bedömning. Denna fattas av respondenten i en kontrollerad situation, där extern påverkan i så pass stor utsträckning som möjligt har eliminerats. Denna situation utgör dock en som står i diametral motsats till bedömningens praktik. Där bedömningen i praktiken utförs i en yrkesmiljö, ofta präglad av interaktion med kollegor och patienter, skiljs den i factorial survey-förfarandet helt från denna kontext. Samtidigt elimineras genom denna process så kallad noise (Taylor, 2012), som kan tänkas påverka beslutet. Teoretiskt anses detta vara faktorer som i bedömningen skall skiljas från relevant fakta, i en agnarna från vetet-process. Det är dock inte otänkbart att sådant noise, bestående av för beslutet fakta initialt bedömda ickerelevanta faktiskt har en konkret påverkan på beslutet genom att skapa en fond, eller en bakgrund mot vilken fakta bedömda som relevanta målas upp. Det finns vidare inte någon naturlig koppling mellan de bedömningar som görs i den form som har valts för uppsatsen och faktiska utfall av bedömningarna. Ofta återkommer i diskussioner om bedömningar inom underhållsbehandling frågan om vilka repressiva åtgärder som går att härleda till vilka bedömningar och bedömningsgrunder. Som delar av den redovisade tidigare forskningen visat finns flera kopplingar mellan bedömningstendenser och retention inom programmen. En sådan koppling går dock inte att göra med bas i det aktuella materialet eller metoden.

Vidare en begränsning med metoden är det faktum att enkäterna helt och hållet har sin utgångspunkt i individuella bedömningar, medan verklighetens bedömningar ofta sker i en kontext där andra yrkesverksamma är medverkande. Möjligheten att diskutera komplicerade bedömningar med en kollega finns inte, och den konkreta kopplingen till respondentens kliniks beslutssystem, såsom teamkonferenser (Pettersson, 2013) eller liknande faller utanför ramen för metoden. Med utgång i denna svaghet i metoden förefaller kvalitativa intervjuer eller ostrukturerade enkätundersökningar kunna ge effektiva svar på strukturen av den konkreta beslutssituationen, och dess påverkan på bedömningar. Vidare går det i den aktuella uppsatsen inte att sluta sig till hur de gjorda bedömningarna, tolkade genom gruppprocesser såsom de beskrivna ovan, faller ut i

verklighetens arbete. Det är därför relevant att se uppsatsens resultat som just vad det är: inte predicerande för handlande eller utfall, utan en exploration av det inflytande skyddsfaktorer (Socialstyrelsen, 2007) har på bedömningar. Fåtalet variabelvärden och det begränsade antalet vinjettsituationer utgör vidare begränsningar i uppsatsens reliabilitet. Dessa kan dock inte metoden lastas för, utan är en avvägningsfråga vid operationaliseringen.

I den konkreta operationaliseringen skapas dock en av de begränsningar som kraftigast påverkar uppsatsens validitet. Då de situationer som används är begränsade finns även ett linjärt samband med dessas förmåga att beskriva verkliga beslut. Endast en situation används i de randomiserade vinjetterna, nämligen en som avser att klienten vid ett rutinartat urinprov testar positivt för opiater. Därmed får resultatet av den randomiserade factorial surveyen begränsad ekologisk validitet (Bryman, 2011) gällande bedömningar fattade i andra situationer än just denna. Metodens förmåga att provocera fram bedömningar i denna situation och med de utvalda variablerna skapar dock en situationsspecifik hög ekologisk validitet gällande förmågan att förstå de kausala sambanden mellan variabler och bedömningar.

En av de mest påtagliga begränsningarna vid användandet av factorial survey-metoden går att härleda till dess rigorösa uppbyggnad. Det material som samlas in och redovisas avser just den enskilda bedömningen - inte den process som föregår denna. Återkommande i både de studier som gjorts med metoden (Blomqvist & Wallander, 2004; Blomqvist & Wallander, 2005) och med andra metoder är verksamhetens centrala position i förståelsen av hur bedömningar görs och hur attityder förmedlas. Att inte kunna dra slutsatser om hur dessa processer konstitueras är problematiskt. Det resultat metoden genererar är dock så pass precist att konstituenterna av processen, såsom variabelers påverkan, går att identifiera med hög precision. Ett annat mer generellt problem med metoden ligger i dess centrala moment; framprovocerandet av ett beslut. Genom att beslutet tas under de omständigheter som gäller kan effektivt så kallad noise - icke relevanta faktorer - elimineras (Taylor, 2012). Dettas generella påverkan behöver dock diskuteras ytterligare. Då det är fullt möjligt att dessa faktorer inte har en påverkan på beslut är det möjligt att tänka en situation där komplexa interaktioner av noise skapar påverkan, antingen saklig eller ej. I den experimentella situationen är det dock omöjligt att tillföra sådant på ett realistiskt sätt, och det är ytterst en potentiell felkälla som måste elimineras genom rigorösa förarbeten (Jergeby, 1999). Just i avsaknad av noise kan även en metodologisk felkälla finnas: det föreligger aldrig oklarheter i vad som förmedlas i form av variabler. Detta kan dock inte alltid antas vara verkligheten, då information för bedömningar kan bli inaktuell, kan förändras eller inte förmedlas.

Samtidigt finns flera fördelar med metoden jämte dess alternativ. En central punkt i modellen är just framprovocerandet av ett beslut. Det är inte en fråga om att be respondenterna beskriva beslut i efterhand - det är ett beslut fattat i stunden. Factorial surveys experimentella ansats gör det även möjligt att kontrollera resultaten för inflytande från andra faktorer, något som är ett återkommande problem vid just efterhandsdiskussioner eller dokumentationsstudier. Vidare ger metoden en möjlighet att studera kausala samband genom just den experimentella ansatsen, något som gör metoden särskilt relevant vid utvärderande ansatser. Denna faktor är särskilt relevant i förhållande till andra metoder för studerandet av beslut, då dessa tenderar att vara begränsade till korrelationer.

Factorial survey har utöver de kausala sambanden möjligheten att separera variabler som tenderar att samvariera i bedömningar. Detta samvarierande inflytande över beslut är närmast omöjligt att särskilja med andra metoder. Utifrån den aktuella studiens operationalisering är ett inte helt realistiskt antagande att bostadslöshet och avsaknaden av en fungerande sysselsättning, såsom lönearbete, i verkligheten tenderar att samvariera. Dessas påverkan av bedömningar är dock svår att separera med andra metoder, då de fall där ofta samvarierande variabler förekommer riskerar att vara få eller inga. Tidigare forskning har även visat att det potentiella glapp som kan finnas mellan resultatet och andra situationer inte nödvändigtvis är stort.

9. SLUTSATS

Uppsatsen har i mångt och mycket kretsat kring bedömningar; hur de skall mätas, hur de skall förstås, och kanske framförallt hur de inte kan förstås. Uppsatsen har till sin natur varit ytterst metodintensiv, och det har gjort att metodens fördelar och nackdelar har blivit tydliga. Dessa har på olika sätt diskuterats löpande i texten, och har utgjort en viktig aspekt av analysen av materialet. Utan den fördjupade förståelsen som en kontinuerligt metodnära uppsatsarbete hade inneburit skulle en grundlig och stringent analys vara betydligt svårare att genomföra.

Uppsatsen började med ett citat av Antonio Gramsci (Tiso, 2013), som skall ha sagt "att leva är att ta ställning". Gramsci, till sitt yrke en revolutionär marxist, valde dock att inleda meningen med "Jag hatar likgiltiga människor"(min översättning). Citatet är alltför starkt för att vara passande i sig, men sätter ändå ett för uppsatsen centralt skeende i centrum. I det sociala arbetets vardag ligger ofta bedömningen och beslutet helt centralt. I denna uppsats är det en fråga om att bedöma situationer utan de begränsningar som finns i att planera en uppföljning, en interaktion med klienten eller en specifik insats. Det är de bedömningarna som är centrala för det sociala arbetet, och som Gramsci pekar på. För en person verksam inom socialt arbete kan inte vara likgiltig. Praktiken tillåter inte det.

Min frågeställning kretsade kring ifall Socialstyrelsens (2007) riktlinjer påverkade besluten, och ifall de gjorde detta, hur påverkan på besluten kan förstås. I uppsatsen har jag visat att en påverkan på bedömningarna förekommer, och att denna påverkan för variablerna psykosocial intervention, boende och familjestöd var likriktad, medan sysselsättningsvariabeln var betydligt svagare. Den största påverkan på besluten förefaller dock vara den från den enskilda verksamheten, inte variablerna.

Det insamlade materialet visar även på att Socialstyrelsens (2007) riktlinjer har fått ett delvis genomslag i professionskåren, med undantag av sysselsättningen. Att dessa riktlinjer behöver klargöras, för att visa på hur de konkret skall tillämpas i beslutssituationer är helt centralt, samt mer information om hur dessa skall tillämpas i interaktionen mellan personal och klient.

Uppsatsens metodik lämpar sig bra för replikationer, både med samma respondentgrupp och med andra. Ett potentiellt intressant forskningsområde är att

kvalitativt studera hur bedömningar omsätts, både i interaktionen med kollegor i verksamheten och i interaktion med klienter. Som Blomqvist och Wallander (2004) i sitt teoretiska antagande menar, är det en central del i tillämpningen av en given reglering på fältet hur den framförhandlas i interaktionen med klienter. Därför skulle denna process vara intressant att mer ingående studera. Det skulle även vara intressant att studera ifall det finns samvariationer mellan de bedömningar som gjorts i denna studie och retentionen inom programmen, på samma sätt som gjorts av bland annat Caplehorn (Caplehorn, et al., 1996; Caplehorn, et al., 1998), dock då med andra mätverktyg än i denna uppsats.

Slutligen tror jag att uppsatsen hade gått att genomföra med andra metoder än den aktuella, såsom renodlade surveyer eller dokumentationsstudier. Dessa är dock belagda med flera metodologiska problem, som factorial survey-metoden, trots sina relativa tillkortakommanden inte har.

LITTERATURFÖRTECKNING

Andrews, S. o.a., 2005. Knowledge and attitudes about methadone maintenance among staff working in a therapeutic community. *Journal of maintenance in the addictions*, Volym 3, pp. 47-59.

Anon., 1988. *Prismas engelska ordbok*. St Ives: Rabén prisma.

Arfken, C. o.a., 2005. Clinicians' beliefs and awareness of substance abuse treatments in research- and nonresearch-affiliated programs. *Journal of drug issues*, Volym 35, pp. 547-558.

Aron, A., Aron, E. & Coups, E., 2009. *Statistics for psychology*. 5:te upplagan red. Upper Saddle River, N.J.: Pearson education.

Benbenbishty, R., 1992. An overview of methods to elicit and model expert clinical judgement and decision making. *Social service review*, 66(4), pp. 598-161.

Blomqvist, J. & Wallander, L., 2004. *Åt var och en vad hon behöver? En vinjettstudie av socialarbetares bedömningar och val av insatser vid missbruksproblem*. 1 red. Stockholm: Socialtjänstförvaltningen, Forsknings- och utvecklingsenheten.

Blomqvist, J. & Wallander, L., 2005. *Vad styr vårdvalen? En faktoriell survey av faktorer som predicerar val av insats inom socialtjänstens missbruksvård*. 1 red. Stockholm: Socialtjänstförvaltningen, Forsknings- och utvecklingsenheten.

Bryman, A., 2011. *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2:a upplagan red. Malmö: Liber.

Caplehorn, J., Irwig, L. & Saunders, J., 1996. Physicians' attitudes and retention of patients in their methadone maintenance programs. *Substance use and misuse*, 6(31), pp. 663-677.

Caplehorn, J., Lumley, T. & Irwing, L., 1998. Staff attitudes and retention of patients in methadone maintenance programs. *Drug and alcohol dependence*, 52(1), pp. 57-61.

Cloud, W. & Granfield, R., 2008. Conceptualizing recovery: expansion of a theoretical construct. *Substance use & misuse*, 43(12-13), pp. 1971-1986.

Djurfeldt, G., Larsson, R. & Stjärnhagen, O., 2012. *Statistisk verktyglåda - Samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. 2:a upplagan red. Pozkal: Studentlitteratur.

Ekdahl, M., 2011. Socialtjänst och missbruksvård: bot eller lindring?. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 28(4), pp. 297-319.

Emirbayer, M. & Willis, E., 2005. Bourdieu and social work. *Social service review*, 79(4), pp. 689-724.

- Gambrill, E., 2005. *Critical thinking in clinical practice : improving the quality of judgments and decisions*. 2:a upplagan red. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.
- Gambrill, E., 2006. *Social work practice : a critical thinker's guide*. 2:a upplagan red. Oxford: Oxford University Press.
- Gjersing, L., Waal, H. C. J. R., Gossop, M. & Clausen, T., 2010. Staff attitudes and their associations with treatment organisation, clinical practices and outcomes in opioid maintenance treatment. *BMC Health services research*, 10(194), pp. 1-8.
- Jergeby, U., 1999. *Att bedöma en social situation - tillämpning av vinjettmetoden*. 1 red. Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS).
- Johnson, B., 2005. *Metadon på liv och död - en bok om narkomanvård och narkotikapolitik i Sverige*. 1:a upplagan red. Lund: Studentlitteratur.
- Lordan, E., Kelley, J. & Peters, C., 1997. Treatment placement decisions: how substance abuse professionals assess and place clients. *Evaluation and program planning*, Volym 20, pp. 137-149.
- Ludwick, R. & Zeller, R., 2001. The factorial survey: an experimental method to replicate real world problems. *Nursing research*, 50(2), pp. 129-133.
- Mitchell, T., Dyer, K. & Peay, E., 2006. Patient and physician characteristics in relation to clinical decision making in methadone maintenance treatment. *Substance use and misuse*, 41(3), pp. 393-404.
- Petersson, F., 2013. *Kontroll av beroende: substitutionsvårdens logik, praktik och semantik*. 1:a upplagan red. Göteborg: Égalité, diss..
- Ritzer, G., 2009. *Sociologisk teori*. 1 red. McGraw-Hill: Liber.
- Sheppard, M., Newstead, S., Di Caccavo, A. & Ryan, K., 2000. Reflexivity and the development of process knowledge in social work: a classification and empirical study. *British journal of social work*, 30(4), pp. 465-488.
- Socialstyrelsen, 2007. *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*, Lindsberg: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 2013. *SOSFS 2009:27 - Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende*. u.o.:Socialstyrelsen.
- Svensson, K., Johansson, E. & Laanemets, L., 2008. *Handlingsutrymme - utmaningar i socialt arbete*. 1:a upplagan red. Stockholm: Natur och kultur.
- Taylor, B., 2006. Factorial surveys: using vignettes to study professional judgement. *British journal of social work*, 36(7), pp. 1189-1207.
- Taylor, B., 2012. Models for professional judgement in social work. *European journal of social work*, 15(4), pp. 546-562.

Tiso, G., 2013. *Overland*. [Online]
Available at: <http://overland.org.au/2013/03/i-hate-the-indifferent/>
[Använd 06 01 2013].

Traynor, M., Boland, M. & Buus, N., 2010. Professional autonomy in 21st century healthcare: nurses' accounts of clinical decision-making. *Social science & medicine*, 71(8), pp. 1506-1512.

Wallander, L., 2008. *Measuring professional judgements: An application of the factorial survey approach to the field of social work*. 1:a upplagan red. Stockholm: Acta universitatis Stockholmiensis.

Wallander, L., 2012. Measuring social workers' judgements: why and how to use the factorial survey approach in the study of professional judgements. *Journal of social work*, 12(4), pp. 364-384.

Wallander, L. & Blomqvist, J., 2009. Modeling ideal treatment recommendations: a factorial survey of swedish social workers' ideal redomendations of inpatient or outpatient treatment for problem substance users. *Journal of social service review*, 35(1), pp. 47-64.

Öhlin, L., Tätting, P. & Fridell, M., 2013. Substitutionsbehandling med drogfri kontraktsvård - så gick det. *Läkartidningen*, Volym 23-24, pp. 1158-1160.

BILAGA I: EXEMPEL PÅ RANDOMISERAD VINJETT

Vinjett nr: 3

Klienten är medelålders med ett mångårigt opiatberoende. Hen har ingen fungerande planering för sysselsättning, men har ett socialt nätverk/familj som ger hen stöd. Hen är bostadslös. Den terapeutiska behandlingen har inte fungerat bra. Vid en rutinkontroll testar klienten positivt för opiater vid urinprov.

Hur pass allvarligt bedömer du avanstående? Svara på skalan under, där 1 motsvarar "inte alls allvarligt", och 10 motsvarar "ytterst allvarligt".

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Inte alls allvarligt											Ytterst allvarligt

BILAGA 2: INFORMATIONSBREV

Enkät angående professionella bedömningar inom underhållsbehandling

Ansvarig: Jakob Tornberg, student, Malmö Högskola.

Handledare: Enrique Perez, Malmö Högskola.

Syftet med denna enkät är att studera hur yrkesverksamma inom underhållsbehandling bedömer olika situationer. Varje enkät innehåller ett antal vinjetter - korta beskrivningar av en situation med en klient. Läs varje vinjett noggrant; efter den ombeds du bedöma hur allvarlig situationen är. Syftet med uppsatsen är att studera just professionella bedömningar - det är därför extra viktigt att du tänker igenom svaret noggrant innan du markerar din bedömning på skalan efter vinjetten.

Allt deltagande i enkäten är frivilligt. Ifall du av någon anledning inte vill fylla i enkäten, eller påbörjar den men inte kan eller vill avsluta är detta självfallet ok. Om du inte har möjlighet att fylla i enkäten just nu kan du behålla enkäten, fylla i den när du har tid och sedan skicka den brevlades till:

Jakob Tornberg

Köpenhansvägen 24B

21743 MALMÖ

Ifall du har några som helst frågor om studien eller din medverkan går jag att nå via kontaktuppgifterna längst nere på försättsbladet. Inga kontaktuppgifter, som telefonnummer eller e-postadresser, kommer att sparas vid eventuell kontakt.

Allt material i studien kommer att förvaras säkert på ett sådant sätt att det inte går att spåra tillbaka till dig som respondent. Det kommer endast att hanteras av behörig personal. Materialet kommer endast att användas i den aktuella studien. Efter att studien är färdig kommer allt insamlat material att förstöras. Inget insamlat material kommer att hanteras av obehöriga personer.

Studien är helt och hållet anonym, och materialet kommer inte att presenteras på ett sådant sätt att det går att koppla till enskilda respondenter.

Kontakt: tornberg.jakob@gmail.com / 0730 - 839 445

BILAGA 3: FÖRTECKNING TABELLER OCH FIGURER

Tabeller

1. Svansfrekvenser
2. Variabelförteckning
3. Variabelförklaring
4. Yrke
5. Centralvärden standardiserad vinjett
6. Bedömning standardiserad vinjett
7. Centralvärden verksamhet 1
8. Spridning verksamhet 1
9. Centralvärden verksamhet 2
10. Spridning verksamhet 2
11. Centralvärden verksamhet 3
12. Spridning verksamhet 3
13. Centralvärden verksamhet 4
14. Spridning verksamhet 4
15. Jämförelse centraltendenser
16. Jämförelse bedömningar
17. Jämförelse medelvärden profession
18. Förklarad varians
19. Korrelationskoefficienter

Figurer

1. Bedömningar i histogramform
2. Jämförelse bedömningar profession