



**HÖGSKOLAN
I GÄVLE**

Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Underhållsbehandling på liv och död

– En kvalitativ studie med en utvärderande ansats av ett samverkansprojekt mellan socialtjänsten och psykiatrin i Hudiksvalls kommun, för människor med långvarigt missbruk av opiumrelaterade droger

Av Torbjörn Brandt

Juni 2009

C-uppsats

Sociala omsorgsprogrammet

Handledare: Fil. Dr Julian Ilicki

Abstrakt

Detta är en kvalitativ studie med en utvärderande ansats av samverkansprojektet läkemedelsassisterad underhållsbehandling i Hudiksvalls kommun (LMAB). Ett samverkansprojekt mellan socialtjänsten och psykiatrin som har som mål att hjälpa människor med långvarigt missbruk av opiumrelaterade droger. Studien är inte en traditionell utredning där effekter och resultat mäts, utan tanken är att försöka förstå samverkan i kontexten av en interorganisatorisk process. Genom att få bättre kunskap och förståelse för fenomenet samverkan som sådant kan förhoppningsvis mera generella lärdomar dras av projektet.

Syftet med studien är att undersöka hur den faktiska samverkan mellan deltagarna i LMAB-projektet fungerar. Deltagarna eller aktörerna är en projektledare och en socialsekreterare på socialtjänsten, överläkaren och personal på psykiatrin samt klienter som är med i programmet. Jag kommer även att innefatta omvärlden i studien. En omvärld som bland annat inkluderar några politiker i kommunen och en röst från en ideell organisation i samhället. Utifrån syftet kommer frågeställningarna i studien att, genom tematiserade semistrukturerade intervjuer och en fokusgruppsintervju, undersöka hur deltagarna upplever samverkan när det handlar om lagar och regelverk, synsätt, kunskapstraditioner samt hur omvärlden upplever och påverkar samverkansprojektet. Det teoretiska angreppssättet i studien är den nyinstitutionella organisationsteorin som ger begreppet samverkan en teoretisk grund genom att beskriva, ange orsaker och förklaringar till hur vi kan analysera och förstå de olika mekanismer som kan generera problem i samverkansprojekt där ett antal olika aktörer från skilda människovårdande organisationer och omvärlden är inblandade.

Ett av de övergripande målen för LMAB-projektet är att genom samverkan mellan psykiatrin och socialtjänsten implementera *läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid långvarigt opiumrelaterat narkotikamissbruk* (LAB) i kommunens reguljära verksamhet. (LMAB är projektnamnet för LAB i Hudiksvall). Sett till detta mål har projektet nått målet genom att LAB samordnats och blivit en del av beroendecenters verksamhet i lokalerna på Käppuddsgatan 4b i Hudiksvall samt att den konkreta läkemedelsbehandlingen sker på psykiatriska avdelningen tio på sjukhuset. Det finns en klar och tydlig projektledning genom en engagerad projektledare och mycket intresserade övriga deltagare. Att det mellan deltagarna finns en rak och öppen kommunikation är också en gynnande förutsättning för fortsatt framgång för projektet.

Analysen och resultatet visar att det som generellt gäller för de flesta samverkansprojekt även gäller för LMAB-projektet. Även om samverkan fungerar bra finns det problem under ytan och plats för förbättringar. Några hämmande faktorer för samverkan visade sig vara skillnader bland deltagarna i synsätt, olika regelverk, skillnad i ansvar och beslutsmandat jämte olika kunskapstraditioner. Andra hämmande faktorer var att klienterna ansåg att de psykosociala åtgärderna inte fungerar fullt ut och att omvärdens negativa syn på projektet kan påverka samverkan negativt och i förlängningen klienters fortsatta överlevnad.

Nyckelord: samverkan, samverkansprojekt, underhållsbehandling, buprenorfin, subutex, suboxone, tungt drogmissbruk, missbruk, nyinstitutionell organisationsteori

Förord

Jag har upplevt det mycket stimulerande att jag haft möjligheten att skriva denna utforskande studie om samverkansprojektet läkemedelsassisterad underhållsbehandling (LMAB) i Hudiskvalls kommun. Eftersom jag möttes av mycket öppna och trevliga människor i projektet, som själva visade stort intresse för ämnet, samt att de var mycket samarbetsvilliga och hjälpsamma, har det varit enbart stimulerande och ett mycket lärorikt arbete för mig. Jag vill tacka alla intervjupersoner som tagit sig tid att träffa mig och dela med sig av sina tankar och erfarenheter och personal på beroendecenter för att de hjälpt till att förmedla kontakter med intervjupersoner.

En av orsakerna till intresset för samverkansprojektet LMAB är mitt intresse för projekt som arbetsform och intresset för organisationsforskning. En annan orsak är att jag börjat arbeta som biträdande föreståndare på ett HVB-hem för missbrukare i kommunen i januari i år. Det kändes viktigt för mig att få mer kunskap om drogmissbruk som sådant och kunskap om människornas situation som är i ett drogmissbruk. Därför var samverkansprojektet LMAB ett utmärkt projekt att utforska. Om jag bättre förstår klientens villkor och hur de upplever den hjälp och den vård som de har rätt till kan jag bli bättre insatt i missbruksvårdsproblematiken, generellt kunnigare på samverkansprojekt och förhoppningsvis också kompetentare att stödja och hjälpa människor att bli fri från sitt drogmissbruk. Min tanke är även att andra som läser denna studie också kan öka sin kunskap om läkemedelsassisterad underhållsbehandling och bli generellt kunnigare på de samverkansproblem som kan uppstå när människor i människovårdande organisationer, samt människor i organisationers omvärld, skall samverka.

Jag vill tacka för att jag fått en viss reseersättning samt ersättning för en del inköpt litteratur från kommunen. Som forskare är det viktigt att inte vara partisk eller att ha personliga intressen i det som man forskar om. Jag måste därför få poängtera att jag har haft full frihet att själv välja vilken forskningsinriktning studien skall ha. Jag har inte varit styrd av någon utan har själv valt syftet, frågeställningar, teoretisk angreppssätt och metod. Jag känner inte att min forskning hämmats av att jag arbetar i kommunen, utan jag har förtroendet för att berörda människor är professionella i sina yrkesroller och att det finns en öppenhet, stävan mot utveckling och mot förändring samt en vilja att bli bättre i sin verksamhetsutövning. Jag har sett det mer som en tillgång att jag vet lite mer om hur den kommunala verksamheten fungerar och att jag har haft lättare att skapa kontakter när jag själv arbetar i den kommunala organisationen.

Innehållsförteckning

| | Sidan |
|---|---------|
| Kapitel 1 Inledning | 5 - 9 |
| 1.1 Bakgrund | |
| 1.2 Problemformulering | |
| 1.2.1 Samverkansproblem | |
| 1.2.2 Brukarintresseproblematik | |
| 1.3 Syfte | |
| 1.4 Frågeställningar | |
| 1.5 Avgränsningar | |
| 1.6 Disposition | |
| | |
| Kapitel 2 Tidigare forskning och kunskapsöversikt om samverkan | 10 -12 |
| 2.1 Forskning om samverkansprojekt kopplat till integration | |
| 2.2 Samverkan och politiska direktiv | |
| 2.3 Samverkan och besläktade begrepp | |
| 2.4 Samverkan som process | |
| | |
| Kapitel 3 Kunskapsöversikt - samverkansprojektet | 13 - 15 |
| 3.1 Projektet LMAB | |
| 3.1.1 Behandlingsmetoden LAB | |
| 3.1.2 Beroendecenter | |
| | |
| Kapitel 4 Teoretiskt angreppssätt | 16 - 19 |
| 4.1 Nyinstitutionell organisationsteori | |
| 4.1.1 Förklaring till illustration figur 1:1 | |
| | |
| Kapitel 5 Metod | 20 - 24 |
| 5.1 Metodval | |
| 5.1.1 Urval av dokument som gäller LMAB-projektet | |
| 5.1.2 Urval av intervjupersoner och fokusgruppintervjupersoner | |
| 5.2 Tillvägagångssätt | |
| 5.2.1 Datainsamling – semistrukturerade intervjuer | |
| 5.2.2 Datainsamling – semistrukturerad fokusgruppintervju | |
| 5.2.3 Litteratursökning | |
| 5.3 Etiska synpunkter | |
| 5.4 Metodologiska lärdomar | |
| | |
| Kapitel 6 Empirin visavi samverkan | 25 - 34 |
| 6.1 Den överordnade politiska verksamhetsdomänen | |
| 6.2 Den sociala/professionella verksamhetsdomänen | |
| 6.3 Den praktiska administrativa verksamhetsdomänen | |
| | |
| Kapitel 7 Analys och resultat | 35 -40 |
| 7.1 Gynnande förutsättningar för samverkansprojektet LMAB | |
| 7.2 Hämmande förutsättningar för samverkansprojektet LMAB | |
| 7.2.1 Kommentarer till matrisen | |
| 7.3 Slutord | |
| | |
| Referenser | 41 - 43 |
| Bilagor | 44 - 48 |

1 Inledning

Studien utgår från ett socialpolitiskt tema som handlar om människor med långvarigt missbruk av opiumrelaterade droger, som är ett mycket komplext och stort samhällsproblem i andra länder, i Sverige och även i Hudiksvall. Ett drogproblem som är kostsamt för samhället och som medför ett stort lidande och inte allt för sällan en för tidig död för dessa människor som hamnat i detta drogbruk. Dessa människor som är i ett tungt opiatmissbruk är mycket marginaliserade och saknar oftast grundläggande psykosociala färdigheter som krävs för att fungera normalt i samhället. Enligt Socialdepartementet (SOU 2005:82, s. 19) innebär ett tungt missbruk: ”... de med alkohol- och drogberoende som, oavsett drogtyp, har ett särskilt riskfyllt missbruk och som därtill har betydande relaterade problem i kombination med sitt missbruk, såsom hemlöshet, psykiatriska problem, somatiska hälsoproblem, kriminalitet, prostitution med mera”. De flesta behandlingsmetoder kräver ett stort mått av eget ansvar hos den enskilda individen vilket kan vara mycket svårt att klara av på grund av tidigt etablerad opiatberoendetyngd (Johnson, 2005).

Ett sätt att försöka hjälpa dessa människor med tungt drogbruk av opiumrelaterade droger är genom *läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid långvarigt opiumrelaterat narkotikamissbruk* (LAB). Socialstyrelsen har kommit med direktiv och föreskrifter för hur kommuner och landsting skall genomföra denna behandling i samverkan. Direktiv, föreskrifter och riktlinjer som framgår i Socialstyrelsens direktiv (SOSFS 2004:8) samt Socialstyrelsens faktaunderlag (2005) som mer i detalj ger kommentarer till föreskrifterna och riktlinjerna.

LAB är i dag en vanlig behandlingsmetod vid heroin- eller annat opiatberoende i Sverige och finns på ett flertal orter, bland annat i Hudiksvall, Sundsvall, Uppsala och Göteborg. Underhållsbehandling sker med preparaten metadon eller buprenorfin (Subutex[®], Suboxone[®]). Men detta har inte skett helt utan motstånd eftersom denna behandlingsmetod inte är helt okontroversiell, vilket visas av det ideologiska motstånd som finns i samhället och som också finns i Hudiksvall. Ett motstånd som har funnits ända sedan metadonbehandlingen startade i Uppsala på 1960- talet, detta trots att vetenskapliga studier har visat att sjuklighet och dödlighet hos patienter i underhållsbehandling minskar dramatiskt (Goldberg, 2005; Johnson, 2005).

I dag har en del neurologer den uppfattningen att opioidberoendet är en hjärnsjukdom med effekter på beteendet. Det finns studier av hjärnans neurobiologi som intygar att sjukdomen är biologiskt orsakad (Kosten, 2002, s. 13-20) vilket i sin tur kan ge upphov till specifika förändringar i beteendemönstret hos en del människor med långvarigt missbruk av opiumrelaterade droger. Dessa förändringar och andra samverkande faktorer, som tungt missbruk medför, kan innebära att det är mycket svårt för vissa individer att avbryta ett missbruk utan substitutionsbehandling. Det som händer vid underhållsbehandling är att medicineringen leder till att begäret efter heroin minskar, samtidigt som effekten av en eventuell heroininjektion förhindras (buprenorfin) eller blir avsevärt svagare (metadon). Klienten kan därigenom sannolikt bli mer mottaglig för psykosociala stödåtgärder, vilket skall vara en integrerad del i läkemedelsassisterad underhållsbehandling. Behandlingen har som mål att patienten skall upphöra med sitt missbruk och få en förbättrad hälsa och social situation samt få möjlighet att leva ett gott och normalt liv (Goldberg, 2005; Johnson, 2005).

1.1 Bakgrund

I oktober 2006 lämnade Hudiksvalls kommun in, efter överenskommelse med psykiatrin i Hudiksvall, en ansökan till Länsstyrelsen om medel för utveckling av vård och behandling för personer med tungt missbruk i kommunen. En behandling som skall riktas till personer med långvarigt opiatdrogbruk. LMAB blev projektnamnet för *läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid långvarigt opiumrelaterat narkotikamissbruk (LAB)*. Detta innebär att psykiatrin och socialtjänsten har som mål att i samverkan försöka hjälpa människor med tungt drogbruk av opiumrelaterade droger. Ett annat mål är att implementera LAB i den ordinarie kommunala verksamheten. Länsstyrelsen beviljade första gången Hudiksvalls kommun statsbidrag i december 2006 för att starta samverkansprojektet och därefter har kommunen fått ytterligare medel som har använts till att bygga upp en organisation där aktörer från psykiatrin och socialtjänsten samverkar utifrån respektive kompetenser kring läkemedelsassisterad behandling för personer med opiatberoende. I dagsläget är det 25 personer inskrivna i programmet.

Enligt den ansvarige överläkaren Lars Åke Björklund (Bil. 1) är syftet med projektet: *”att en person med opiatberoende ska kunna leva ett liv med eller utan läkemedel, utan missbruk och förhindra återfall och minska personens sjukdom och minska risken att dö. Personen skall kunna erhålla god hälsa, skaffa sig stabila sociala förhållanden med sysselsättning, ordnat boende, stabil ekonomi, drogfritt socialt nätverk och ha en frånvaro av kriminalitet. Förutom den läkemedelsassisterade behandlingen ska det också finnas en social planering och en planerad återfallsprevention. Programmet ska följa vad som idag är vetenskap och beprövad erfarenhet inom behandlingen av opiatberoende missbrukare”*. Björklund säger vidare att: *”En helhetssyn på personens missbruk, hälsotillstånd och sociala situation ska beaktas. En samverkan mellan olika kompetenser ska ske”*.

Deltagarna eller aktörerna i LMAB-projektet är dessa 25 klienter som är med i programmet, en projektledare och en socialsekreterare på beroendecentrum samt en överläkare och en personalgrupp på psykiatrin. Utöver dessa deltagare eller aktörer finns även en omvärld som är viktig för projektet. En omvärld som bland annat inkluderar politiker i kommunen och ideella organisationer i samhället.

Ett viktigt syfte med LMAB projektet i Hudiksvalls kommun var att implementera LAB i kommunens reguljära verksamhet. Ett steg i den riktningen är taget genom att LAB blivit en del av beroendecentrums verksamhet genom att socialsekreterarna som arbetar där ansvarar för den psykosociala insatsen. När det gäller den konkreta läkemedelsbehandlingen är det psykiatrin som har ansvaret, vilket sker på avdelning tio på sjukhuset.

Beroendecentrum är ett annat samverkansprojekt mellan Landstinget och Hudiksvalls kommun erbjuder fler tjänster än LAB och dit kan alla kommuninnevånare vända sig för att få hjälp i frågor som rör alkohol, läkemedel eller narkotika.

Med tanke på att denna studie med en utvärderande ansats har som syfte att undersöka hur den faktiska samverkan mellan deltagarna i LMAB-projektet fungerar, kommer nästa avsnitt att visa vilka samverkansproblem som kan uppkomma när deltagare från flera organisationer skall samverka med varandra.

1.2 Problemformulering

1.2.1 Samverkansproblem

I detta avsnitt är min avsikt att försöka lyfta fram problemen kring samverkan mellan människovårdande organisationer. I nuläget vet jag inte vilka samverkansproblem som finns mellan deltagarna i LMAB-projektet. Av den anledningen kommer dessa erfarenheter, som andra forskare kommit fram till att jämföras med LMAB-projektet i studiens empiri- och analys/resultatdel.

Enligt Danermark (2000) finns ett flertal svårigheter som kan förhindra en framgångsrik samverkan där ett stort antal olika aktörer är inblandade. Behov som tydligt framträtt i studier om samverkan är att det behövs bättre kunskap om varandras organisatoriska förutsättningar och verksamhetsområden avseende skillnader i lagstiftning och regelverk. Det behövs större kunskaper om varandras olika synsätt och beslutsmandat och gällande interna rutiner och ansvarsområden. Danermark (2000) visar att det även kan uppstå svårigheter med att samordna verksamheterna och ibland kan hög arbetsbelastning samt olika uppfattningar om gränsdragningar kring klientgruppen skapa problem med samverkan. Vid sidan av skilda synsätt, regelsystem och den organisatoriska strukturen finns det även olika kunskapsstraditioner. Danermark & Kullberg (1999) talar om att socialtjänsten och psykiatrin utgörs av delvis olika logiker som formats av olika historiska förutsättningar som utvecklat olika former av institutionell epistemologi (kunskapsteorier) inom verksamheterna. Enligt Grape & Blom (2006) finns det risk för en maktkamp där det existerar olika professioner och yrkesgrupper, med helt olika status och makt, om vilken kunskapsmodell som skall användas, istället för att låta de olika kunskapsmodellerna mötas, kan en falsk konsensus uppnås.

I en statlig utredning av Kerstin Wigzell; *Personer med tungt missbruk, stimulans till bättre vård och behandling* (SOU 2005:82), som är skrivet av fil.dr Arne Gerdner, ges också exempel på ett flertal liknande svårigheter som kan förhindra en framgångsrik samverkan. Några av de problem som Gerdner anser vara allvarliga och vanligt förekommande i samverkansarbete är brister när det gäller abstinensbehandling och substitutionsbehandling. Även långa väntetider komplicerar och ibland förhindrar behandling. Inom den sociala sektorn fanns det en stor brist på anpassade och goda boenden för klienterna. Det var även en brist på sysselsättning, som anpassat arbete eller utbildning och fritidsaktiviteter, som har en avgörande betydelse för att motverka återfall i missbruk och tillbakagång till tidigare missbruksmiljöer. De organisatoriska problemen, som har sin grund i att det är flera olika huvudmän, visade att personal som arbetar med personer med missbruk saknar gemensam kunskap om missbrukarvården som helhet, vilket ansvar de olika huvudmännen har och skillnader i resurser och uppdrag. Gerdner visar att huvudmännen har delvis olika perspektiv på beroende och missbruk och att kommunikationen mellan olika professioner försvåras av olika vårdideologiska ståndpunkter, olika terminologier och olika attityder till missbruk och missbrukare.

En av svårigheterna att uppnå en bra samverkan i LMAB-projektet är att klienterna är en svår grupp, inte bara på grund av opiatberoendet, utan på grund av omvärldsfaktorer som också kan påverka resultatet (Ineland, 2006). Det finns ett starkt ideologiskt motstånd och stor misstänksamhet mot LAB i samhället, hos ideella föreningar, bland personal inom missbruksvården samt inom de egna politiska leden i Hudiksvalls kommun, som kan påverka samverkan i negativt.

Den nyinstitutionella organisationsteoretiska forskningen, som är det teoretiska angreppssättet i studien, kommer att åskådliggöra, ange orsaker och förklaringar till att samverkansproblem bland annat kan handla om koordineringsproblem, olika kompetenser, olika intressen och kunskaper, skilda organisationskulturer och rutiner. Även organisationers omvärld påverkar i hög grad samverkansprojektets legitimitet och framgång enligt nyinstitutionell organisationsteori (Danermark & Kullberg, 1999; Grape, Blom & Johansson 2006).

1.2.2 Brukarintresseproblematik

Oftast glöms brukarnas eller klienternas upplevelser bort samt deras möjlighet till inverkan när det handlar om traditionell utvärdering. Av den orsaken att denna studie mer handlar om att förstå projektet LMAB i kontexten av samverkan som process, är även klienternas inflytande och roll viktig. Att detta har avgörande betydelse för att utveckla en effektiv missbrukarvård med god kvalitet visar statens offentliga utredningar (SOU 2005:82, s. 11). I utredningen framkommer en viktig princip som skall vara styrande för hur vården organiseras och utförs, principen "*individen i centrum*". Klienterna är trots allt huvudpersoner i samverkansprojektet LMAB. Upplever klienterna att det finns problem med samverkan som inbegriper behandling, mötet, innehållet och upplägg som psykiatri och beroendecenter samverkar om, eller kan det finnas behov av förbättringar för att ge klienterna bättre förutsättningar till att få den hjälp de behöver för att leva ett bra liv.

1.3 Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur den faktiska samverkan mellan deltagarna fungerar i LMAB-projektet?

1.4 Frågeställningar

- Hur upplever deltagarna samverkan när det handlar om lagar och regelverk?
- Hur upplever deltagarna olika synsätt och kunskapstraditioner i samverkan?
- Hur upplever och hur påverkar omvärlden samverkansprojektet?

1.5 Avgränsningar

I första hand utgår inte denna studie, med en utvärderande ansats, från traditionella organisatoriska utvärderingsmodeller där frågeställningarna handlar om projektet LMAB uppnått sitt mål eller resultat. Studien handlar mer om att förstå samverkan som en interorganisatorisk process. Studien kommer inte heller att ta upp gruppdynamiska processer i samverkan, även om detta är en viktig aspekt när människor skall samverka och samarbeta.

Det har länge funnits ideologiska motstridiga uppfattningar och ett starkt motstånd från vissa grupper mot läkemedelsassisterad underhållsbehandling (LAB). Men eftersom läkemedelsassisterad underhållsbehandling är en evidensbaserad behandlingsmetod som Socialstyrelsen gett direktiv om, samt att behandlingen tillhör vårdgarantin, kommer inte denna studie att problematisera huruvida läkemedelsassisterad underhållsbehandling är rätt eller fel. Det kommer endast att belysas ur en organisatorisk synvinkel.

Studien går inte in på klienternas personliga framgångar utan mer allmänt hur de tycker att behandling, mötet, innehållet och upplägg som psykiatri och beroendecenter samverkar om fungerar. Studien är begränsat till att omfatta samverkansforskning till endast svenska förhållanden utav två skäl. Ett är att den svenska välfärdsstatens omfattning, organisation, lagstiftning och yrkesprofessioner skiljer sig från hur det ser ut i många andra länder, med vissa undantag i våra nordiska grannländer. Det andra är att tiden och utrymmet varit begränsad. På grund av detta har jag valt att koncentrera studien till svenska sakförhållanden.

1.6 Disposition

För att läsaren skall få en överblick av hur studien är upplagd kommer här en kort redogörelse för hur studien är disponerad. Inledningen, kapitel ett (1), behandlar avsnitten om avgränsning, problemformulering, syfte och frågeställningar, för att läsaren skall få en grund att stå på om vad som är själva syftet med studien, vika problem och vilka frågeställningar om samverkan som skall försöka belysas. För att få ett underlag och en kunskapsgrund att stå på och för att förstå sammanhanget samt de frågor som kan genereras i samverkansprojektet, kommer tidigare forskning och en kunskapsöversikt om samverkan i kapitel två (2), samt en kunskapsöversikt om projektorganisationen LMAB. Detta för att få ett grepp om de organisatoriska förutsättningarna i samverkansprojektet i Hudiksvalls kommun och för att få viss bakgrundkunskap om den evidensbaserade behandlingsmetoden LAB. I kapitel tre (3) kommer det teoretiska angreppssättet. Metoden kommer i kapitel fyra (4), empiri/samverkan i kapitel fem (5), analys/resultat i kapitel sex (6) samt några angelägna slutord till sist.

2 Tidigare forskning och kunskapsöversikt om samverkan

2.1 Forskning om samverkansprojekt kopplat till integration

Det finns en del tidigare svensk forskning om samverkansprojekt i olika sammanhang som har som syfte att integrera ett projekts verksamhet i den kommunala och/eller i landstingets reguljära verksamhet. Danermark och Kullberg (1999) har sammanfattat olika rapporter och utvärderingar om socialt och hälso- och sjukvårdsrelaterade samverkansprojekt. Ett exempel är samverkansprojektet i Örebro av behandling av patienter med beroendeproblematik mellan tre olika huvudmän. Deras resultat visar att det både finns gynnande förutsättningar och hämmande faktorer för samverkansprojekt. Några av de hämmande faktorerna för samverkan är skilda synsätt, olika regelsystem, den organisatoriska strukturen och olika kunskapsstraditioner. Gynnande faktorer för samverkan är gemensamma mål och lokaler, samordnad administrativ ledning, lagarbete, och klart definierade uppgiftsgränser samt huvudmannaskap.

Samverkansprojekt som handlar om läkemedelsassisterade underhållsbehandling (LAB), som i Hudiksvalls kommun, är ett område som det generellt sett inte forskats kring i lika hög grad. Men det finns några rapporter och studier inom området. Ett exempel är Socialstyrelsens tillsynsrapport av Stockholms Beroendecentrum (SOU, 2005:82). Där framkom det att samverkan med socialtjänsten fungerade väl tack vare samlokalisering, trots skilda huvudmän, medan samverkan med psykiatrin fungerade dåligt, trots samma huvudman.

En studie av Jens Sjölander och Björn Johnson (2007) ”Tillgängligheten till läkemedelsassisterad underhållsbehandling i fyra sjukvårdsområden” visar att de föreskrifter som reglerar LAB kräver i normalfallet en fungerande samverkan mellan kommunernas socialtjänst och den landstings- eller regionbaserade sjukvården. Studien visar även att flera landsting har olika syn på LAB, som har resulterat i att framväxten av behandlingsformen blivit förhindrad och försenad. En annan slutsats som studien kom fram till är att samverkan och samarbete inte bör begränsas till att gälla mellan offentliga aktörer, utan måste även kunna inbegripa privata vårdgivare.

En intressant studie gällande ett LAB-projekt är en rapport med namnet 369-projektet (Petersson & Karlson, 2008) som också är ett samverkansprojekt mellan beroendesjukvård och socialtjänst i Göteborg. Studien visar på att deras modell med två stycken socialsekreterare på plats på en beroendemottagning visat en tydlig förbättring av kommunikation, ömsesidig förståelse och samsyn mellan sjukvård och socialtjänst. Kunskapen om patientgruppen och dess skiftande behov har ökat. Göteborgs stad har under hösten 2008 startat ett särskilt boende för personer i substitutionsbehandling med ett utökad stödbehov samt planer finns på att starta en gemensam kvinnomottagning i Göteborg för heroinmissbrukande kvinnor aktuella för LAB.

2.2 Samverkan och politiska direktiv

Samverkan är inget nytt i historien. Det som är nytt är att politiska riktlinjer och direktiv kräver samverkan över organisationsgränserna för att de offentliga institutionerna skall bli mer effektiva att utveckla samhälliga insatser för de mest utsatta människorna i vårt samhälle.

Det kom olika politiska direktiv i mitten på 1990-talet som underströk betydelsen av breddad samverkan mellan människobehandlande organisationer. Enligt Danemark & Kullberg (1999) har det sedan dess visat sig att det har blivit allt vanligare med samverkansprojekt, i människobehandlande organisationer, i syfte att implementera och integrera nya verksamheter i den offentliga förvaltningen. Detta är även tanken och ett av målet med LMAB-projektet. För att detta skall fungera har den politiska och administrativa ledningen i berörda organisationer ett stort ansvar att ta ställning för och styra samverkan. Om inte samverkan stöds på ledningsnivå kommer den bara att fungera kortsiktigt och personbundet. Det behövs avtal om åtaganden och ansvarsfördelning, gemensamma handlingsplaner och dokumentation samt att verksamheten har ett tydligt gemensamt mål, för att samverkan skall fungera (Ibid).

Enligt Ove Grape (2006, s. 48) kan dessa samverkansprojekt ses som: *"en delegering av operativt ansvar från reguljär verksamhet till mindre tidsbegränsade, flexibla, målinriktade och (förhoppningsvis) effektiva enheter samtidigt som den strategiska och ekonomiska styrningen av medel och resurser fortsatt är centraliserad"*. Projekt som arbetsform har många gånger visat sig vara ett effektivt sätt att utveckla samverkan och för att implementera nya funktioner i de reguljära verksamheterna men samtidigt finns även exempel på samverkansprojekt med mindre lyckade resultat. Även om samverkan har som syfte att lösa problem måste man vara medveten om att samverkan också genererar andra problem och nya uppgifter som organisationerna tidigare inte varit tvungen att ta itu med, enligt Danemark & Kullberg (1999).

2.3 Samverkan och besläktade begrepp

För att skapa lite ordning i begreppen kommer här en kort beskrivning av ords innebörd. Ord som *samverkan*, *samarbeta*, *samordna* och *integrera* har visserligen en likartad betydelse och överlappar varandra i betydelser, men det finns skillnader och nyanser i förståelsen av orden. När det gäller förståelsen och definitionen av *samverkan* är det något mer än att samarbeta. Samarbetar gör vi varje dag med andra, hela vårt sociala liv bygger på att vi samarbetar i olika situationer. Att samverka är däremot något mer fördjupat. Det innebär att arbeta tillsammans med andra personer i andra organisationer, som har olika yrkesprofessioner, mot ett speciellt gemensamt syfte och mål. Enligt Danemark (2000, s. 15) är samverkan: *"... medvetna målinriktade handlingar som utförs tillsammans med andra i en klart avgränsad grupp avseende ett definierat problem och syfte"*. Den samverkan som denna studie handlar om är om människor inom psykiatrin och socialtjänsten som samverkar. Det rör sig alltså i första hand om samverkan mellan personer i olika människobehandlande organisationer som är utbildade för att arbeta med människor. Enligt Nationalencyklopedin (2009) betyder samverkan: *"gemensamt handlande för visst syfte"*. Socialstyrelsen definierar samverkan: *"operera och verka tillsammans"* (Socialstyrelsen, 1999a, s. 29). Samverkan mellan olika organisationer eller grupper inom organisationer innebär inte att de har samma organisatoriska mål och styrning i övrigt. Det är endast i ett visst syfte som de skall operera eller arbeta tillsammans, som bland annat i projektet LMAB, där psykiatrin och socialtjänsten skall samverka tillsammans med läkemedelsassisterad underhållsbehandling.

Ordet *samarbeta* betyder enligt Nationalencyklopedin (2009): *"arbeta tillsammans (med andra) för ett gemensamt mål"*. Socialstyrelsen (1999a, s. 29) definierar samarbeta med att: *"gemensamt arbete/syfte smälta samman"*. Definitionen av samarbeta handlar här om ett mer utvidgat lagarbete där organisationernas värderingar och mål efter hand smälter samman och småningom uppstår en ny organisation med gemensamma mål. Med tanke på definitionen av

ordet samarbeta blir projektet LMAB, där psykiatrin och socialtjänsten skall samarbeta med läkemedelsassisterad underhållsbehandling, begränsat till att endast handla om att samarbeta mellan deltagarna i projektet. I övrigt är Landstinget/psykiatrin och Kommunen helt olika organisationer med olika värderingar och mål. Om vi sedan ser på ordet *samordna* har det betydelsen enligt Nationalencyklopedin (2009): ” ... att se till att händelser eller arbetsinsatser som hänger ihop i fråga om tid eller plats blir utförda i rätt följd och på rätt sätt... ”. Här är det mer fråga om hur samverkan och samarbetet praktiskt organiseras för att gemensamma mål skall nås. Bland annat är det viktigt med gemensamma lokaler för att praktiskt kunna samordna verksamheter. Ordet *integrera* betyder enligt Nationalencyklopedin (2009): ”att sammansmälta till en helhet; inordna som naturlig del... ”. Ett av syftena med projektet LMAB är att integrera underhållsassisterad läkemedelsbehandling (LAB) i Socialtjänstens reguljära verksamhet som en naturlig del.

2.4 Samverkan som en process

Samverkan är en lärandeprocess där deltagare i människovårdande organisationer, med sina specifika kunskaper, med olika utbildning, synsätt, delvis skilda regelsystem och ett annat organisatoriskt läge skall arbeta tillsammans under resans gång. Detta innebär att det finns konkurrerande synsätt mellan deltagarna i samverkan på hur problem kring klienter skall lösas. De som samverkar skall samtidigt samarbeta och samordna verksamheterna mer eller mindre gemensamt tillsammans mot samma mål, för klienternas bästa för ögonen. Med andra ord samverkar människor med andra människor om människor. Detta sätter sin speciella prägel samt krav på samverkan eftersom objekten inte är någon maskin eller byggnad i människovårdande organisationer, utan människor är av kött och blod som har egna tankar, känslor och åsikter. Dessa objekt eller klienter är en aktiv part i samverkan eftersom dessa trots allt är huvudpersoner i ett samverkansprojekt och av den orsaken blir deras delaktighet av stor betydelse för hur samverkansprocessen framskrider (Danermark, 2000).

En viktig del för processen i ett samverkansprojekt är hur det är organiserat. Genom att indela ett samverkansprojekt i olika ambitionsnivåer kan en bild framträda av hur samspel, nätverk relationer och aktiviteter kan se ut. Den enklaste samverkan är när någon person eller grupp kallas in för rådfrågning eller stöd. En mer ambitiös nivå är när olika organisationer strukturerar och koordinerar sin verksamhet genom att lägga ihop sina insatser och får på så vis en bättre helhet av åtgärder. Den tredje typen av samverkan handlar om exempel där klart avgränsbara frågor skapar nya arbetsformer för en mer gemensam verksamhet mellan olika organisationer. Den mest ambitiösa nivån är när en eller flera verksamheter slås samman till en verksamhet (Danermark, 2000). Sett till LMAB-projektet och definitionen av begreppet samverkan blir det den tredje typen av samverkan som passar bäst in i sammanhanget. Psykiatrin och socialtjänsten skall samverka genom samarbete och samordning av LAB och på detta sätt integrera projektet i den ordinarie kommunala verksamheten. På detta vis skapas nya arbetsformer för en mer gemensam verksamhet mellan olika organisationer, men i övrigt är psykiatrin och kommunen helt olika organisationer med olika värderingar och mål. Att detta är en process som inte görs i en hast, utan tar sin tid, visar erfarenheten från flera olika samverkansprojekt (Danermark, 2000). Vi ska gå vidare till nästa kapitel som är en kunskapsöversikt om projektorganisationen LMAB. Detta för att få ett grepp över de organisatoriska förutsättningarna i samverkansprojektet i Hudiksvalls kommun och för att det kan behövas viss bakgrundskunskap om den evidensbaserade behandlingsmetoden (LAB), för att bättre förstå samverkansproblemen i projektet.

3 Kunskapsöversikt - samverkansprojektet

3.1 Projektet LMAB

Enligt Nationalencyklopedin (2009) har ordet: *projekt under senare decennier allt mer kommit att användas om en arbetsuppgift som skall genomföras inom vissa givna ramar för att ett bestämt mål skall nås*. Projektet LMAB är ett samverkansprojekt mellan Hudiksvalls kommun och landstingets psykiatri och har haft som mål att genom samverkan implementera en evidensbaserad behandlingsmodell i kommunens reguljära verksamhet. Detta har gjorts genom att LAB blivit en del av beroendecentrumets verksamhet. En annan viktig del i projektbeskrivningen var att erbjuda klienterna en psykosocial hjälp i behandlingen. Detta har också genomförts genom att den psykosociala behandlingsdelen utgår från beroendecentrum, genom bland annat Community Reinforcement Approach (CRA), som är ett individuellt behandlingsarbete med klienterna. CRA är ett brett angreppssätt med beteendeterapeutiska metoder för att behandla beroendeproblem. Det är en evidensbaserad behandlingsmetod som utvecklats under mer än 30 år och som nu finns bland tio-i-topp-listan på, för både alkohol och narkotika, för olika behandlingsbetingelser och olika klientgrupper och i kombination med andra metoder. Syftet är att skapa ett kraftfullt *förstärkningssystem* för beteenden som innebär drogfrihet. CRA-terapiens mål är en aktiv patient som lär sig upptäcka ”utlösare” eller ”triggers” (stimuli som föregår beteende) till missbruksbeteende såsom vilka människor, platser och saker som stimulerar suget efter alkohol eller droger och hur han/hon kan undvika dessa eller hantera dem på nytt sätt. Att utröna ”triggers” till missbruksbeteende och utveckla avvärjande strategier när ”triggers” inträffar är också kärnan i *återfallsprevention*, som är ett inslag i CRA.

När det gäller den konkreta läkemedelsbehandlingen skall i första hand Suboxone[®] användas i behandling, i andra hand Subutex[®] och i sista hand Metadon. Syftet med detta är att minska riskerna för att läkemedlen används på ett felaktigt sätt. Själva utredningsförfarandet följer de föreskrifter som Socialstyrelsen föreskriver och finns beskrivet i bilaga 1, s. 2-3.

När det gäller samverkan är det framför allt mellan kommunen och psykiatrin som samverkan skall ske men det finns även med tanken att utöka samverkan med andra organisationer som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Polisen etc.

3.1.1 Beroendecentrum

Ett viktigt syfte med LMAB projektet i Hudiksvalls kommun var att integrera underhållsassisterad läkemedelsbehandling (LAB) i socialtjänstens reguljära verksamhet. Detta har skett genom att *beroendecentrum* startat och att kommunen och projektdeltagare i projektet LMAB valt att LAB skulle vara en del av verksamheten på beroendecentrum.

Beroendecentrum är även det ett samverkansprojekt mellan landstinget och kommunen, precis som LMAB projektet, där gemensamma mål och värderingar efter hand skall smälta samman. Det är inte bara LAB som erbjuds på beroendecentrum utan de vänder sig till alla som har frågor kring eller har oro för sig själva eller någon annans bruk av alkohol, läkemedel eller narkotika. I gemensamma lokaler finns nu; projektledare, receptionist, läkare, psykiatrisjuksköterskor, kurator, socialsekreterare och behandlingsassistent.

3.1.2 Behandlingsmetoden LAB

Enligt Socialtjänstlagen (2001:453) 9§ *"skall socialnämnden aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs"*. Sedan den 1 januari 2005 gäller nya direktiv och föreskrifter samt allmänna råd från Socialstyrelsen, om hur *läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid långvarigt opiumrelaterat narkotikamissbruk (LAB)* skall utföras (SOSFS 2004:8) samt Socialstyrelsens faktaunderlag (2006), som mer i detalj ger kommentarer till föreskrifterna och riktlinjerna. Behandling med metadon av personer med tungt opiatnarkotikamissbruk har sedan 60-talet pågått vid dåvarande forskningskliniken på Ulleråkers sjukhus i Uppsala och har sedan spridits vidare i Sverige. Sedan det nya preparatet Subutex® (buprenorfin) blev registrerat fanns det behov av nya regler för underhållsbehandling vid opiatberoende och av den orsaken kom de nya direktiven.

Utredningsförloppet följer noggranna steg (Bil. 1, s. 2-3) där bland annat Addiction Severity Index (ASI) används som en intervjustandard med frågor för att kartlägga och bedöma om personer som vill komma med i programmet uppfyller villkoren. Intervjun innehåller huvudsakligen frågor om sju livsområden: fysisk hälsa, arbete och försörjning, alkohol- och narkotikaanvändning, kriminalitet, familj och umgänge samt psykisk hälsa. I intervjun ställs frågor om både tidigare erfarenheter och den nuvarande situationen. Dessutom finns skattningsfrågor om problem och hjälpbehov.

I Socialstyrelsens direktiv och föreskrifter för LAB skall vårdinsatserna vara av god kvalitet och syfta till ett liv fritt från missbruk och illegala droger. Insatserna ska vara långsiktiga och alla delar i vårdkedjan avgiftning, institutionsvård, öppenvård och rehabilitering ska samverka. Underhållsbehandling ges endast på en sjukvårdsinrättning som är särskilt inrättad för beroendevård. I Hudiksvall ges det endast på psykiatrimottagningen på avdelning tio. Verksamheten skall bedrivas med beaktande av de, nationella målen för narkotikapolitiken vilket bl.a. innebär att fler personer med opiatberoende skall få vård mot sitt beroende för att upphöra med sitt missbruk. I dag är uppfattningen den att opioidberoendet (opioider är ett samlingsnamn för samtliga ämnen som fäster till opiatreceptorerna i hjärnan och ger likartade medicinska effekter) rubriceras som en hjärnsjukdom med effekter på beteendet, enligt vad som idag gäller som vetenskap och beprövad erfarenhet. Studier av hjärnans neurobiologi har intygat att sjukdomen är biologiskt orsakad, vilket i sin tur ger upphov till specifika förändringar i beteendemönstret hos människor med långvarigt missbruk av opiumrelaterade droger. Dessa förändringar gör att det är mycket svårt att avbryta ett missbruk utan substitutionsbehandling (Kosten, 2002). I Socialstyrelsens faktaunderlag till nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (april 2006, Sid. 22) står det: *"Det torde vara relativt okontroversiellt att konstatera att det vid sidan av metadonbehandling eller andra typer av substitutionsbehandling (Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende) finns ytterst få interventioner med en säkerställd vetenskaplig grund beträffande effekterna av desamma"*.

LAB sker med preparaten metadon eller buprenorfin (Subutex®, Suboxone®) och är den ledande behandlingsmetoden vid heroin- eller annat opiatberoende. Vetenskapliga studier (Kosten, 2002, s. 13-20) har visat att sjuklighet och dödlighet hos patienter i behandling minskar dramatiskt. Medicineringen leder till att begäret efter heroin minskar, samtidigt som effekten av en eventuell heroininjektion förhindras vid behandling av buprenorfin eller blir avsevärt svagare vid metadonbehandling. Patienten blir därigenom mottaglig för psykosociala stödåtgärder, vilket ska vara en integrerad del i LAB (Goldberg, 2005; Johnson, 2005).

Metadon är en s.k. agonist¹ och verkar genom att binda till opioidreceptorerna i centrala nervsystemet. Därigenom utlöses ett antal reaktioner i nervcellerna, vilket medför att begäret efter heroin minskar, samtidigt som effekten av en ev. heroininjektion förhindras eller blir avsevärt svagare. Personen blir på sätt mottaglig för sociala och psykologiska stödåtgärder.

Hos välinställda metadonpatienter uppträder varken ruseffekter eller abstinens, utan patienterna är fullt alerta med en frisk människas funktion och reaktionstid. Syftet med behandlingen är att patienten skall upphöra med sitt missbruk samt få en förbättrad hälsa och social situation. För det stora flertalet bör behandlingen vara livslång, eftersom risken för återfall i missbruk annars är mycket stor (Ibid).

Buprenorfin (*Subutex*[®]), är ett annat alternativ som kom i slutet av 1980-talet som lämpar sig för en mindre hårt belastad grupp av patienter än metadon. Skälet till detta är att buprenorfin aktiverar opioidreceptorerna i lägre grad än metadon, vilket kan medföra en mer ofullständig blockering av drogbegäret (Ibid).

Suboxone[®] är ett nyare läkemedel som är mer avsett att reducera risken för missbruk och olaglig handel. Det är ett kombinationspreparat som innehåller buprenorfin tillsammans med naloxon (naloxonhydrokloriddihydrat). Naloxon motverkar den ruseffekt som kan uppstå vid intravenös injektion av enbart buprenorfin. Detta gör att risken för missbruk minskar och därmed också olaglig handel. (Ibid).

Not ¹Agonist, latin *agoni'sta*, av grekiska *agōnistē's* 'kämpe', 'en som anstränger sig', benämning på en substans, t.ex. ett läkemedel, som binds till en receptor på ytan av en cell och därvid utlöser någon form av aktivitet i cellen (NE, 2009).

4 Teoretiskt angreppssätt

4.1 Nyinstitutionell organisationsteori

Sedan en tid tillbaka har nyinstitutionell organisationsteori börjat vinna en del insteg i svensk forskning inom socialt arbete. Det nyinstitutionella perspektivet är ett ”makroperspektiv” där psykiska och sociala processer påverkar samspelet mellan individen och hennes omgivning. Men det är framför allt ett organisationsteoretiskt perspektiv som även går utanför gruppen och individen för att förstå de problem som samverkan kan innebära mellan olika människovårdande organisationer i dess arbete (Grape, Blom & Johansson, 2006). Enligt Sandberg (2006) är den nyinstitutionella organisationsteorin nödvändig för att få en allsidig och fördjupad förståelse för samverkansprojekt. Å andra sidan finns det ingen teori som är lämplig för analys av alla slags frågeställningar, och inom forskning i socialt arbete kombineras därför nyinstitutionalismen ofta med andra teorier. Det finns exempelvis olika grupp teorier om hur människor möter människor, varför det uppstår konflikter, grupp tänkande och hur detta kommer till uttryck (Sandberg, 2006). Andra forskare har kombinerat nyinstitutionell organisationsteori med teorier om implementering, teorier om institutioner, teorier om kommunikation, teorier om makt etc. (Grape, Blom & Johansson, 2006).

I denna studie kommer begreppet samverkan att kopplas till den sociologiska varianten av den nyinstitutionella organisationsteorin. Detta passar för syftet och frågeställningarna i studien av samverkansprojektet LMAB därför att begreppet samverkan och nyinstitutionell organisationsteori har flera gemensamma utgångspunkter. Den nyinstitutionella organisationsteorin ger begreppet samverkan en teoretisk grundram eller en högre dimension genom att beskriva, ange orsaker och ge förklaringar till hur vi kan förstå och analysera det organisatoriska sammanhanget, d.v.s. de olika mekanismer som kan generera problem i samverkansprojekt där ett antal olika aktörer från skilda människovårdande organisationer är inblandade. En central del i nyinstitutionell organisationsteori, som skiljer den från mer traditionella organisationsteorier, är att organisationer är beroende av andra organisationer samt av omvärlden och inte är slutna system (Grape, 2006). Enligt Ineland (2006) är organisationer öppna system som är känsligt för rådande normer i samhället och därför påverkas organisationer av föreställningar som finns i dess omvärld. Det är viktigt för en människovårdande organisation att ha trovärdighet och legitimitet för att få förtroendet att fortsätta driva verksamheten och för att få ett handlingsutrymme. I förlängningen kan även legitimiteten vara avgörande för verksamhetens fortsatta överlevnad. Därför kan det vara angeläget att aktiviteter utförs enligt klara procedurer och metoder som ger trovärdighet samt att även vara anpassningsbara i olika avseenden till vissa viktiga intressegruppers normativa förväntningar hur verksamheten bör utformas. Detta kan vara viktigt att ha i åtanke när samverkansprojektet LMAB skall utvärderas.

Den svenska nyinstitutionella organisationsforskningen har sina rötter i amerikansk nyinstitutionell organisationsforskning och i svensk företagsekonomisk organisationsforskning. Den svenska nyinstitutionella organisationsforskningen och amerikansk nyinstitutionell organisationsforskning har även den grundläggande idén om förekomsten av ett ömsesidigt socialt och kulturellt beroende mellan organisationer, men svenska nyinstitutionalister är mer inriktad på variation och förändring snarare än homogenitet och stabilitet. Vidare är det processer snarare än effekter som står i fokus för den svenska nyinstitutionella organisationsforskningen (Grape, Blom & Johansson, 2006). Likaså

har denna studie, processen i fokus. Enligt Nationalencyklopedin (2009) avses process innebära ett: ”*utdraget förlopp som innebär att ngt förändras eller utvecklas*”. Sandberg (2006) breddar begreppet genom att han anser att processer är handlingar som kan vara handfasta och konkreta, arbetsuppgifter som utförs i samarbete och i samverkan. Kommunikation och informationsutbyte är likaså processhandlingar, enligt honom. I projektet LMAB skall psykiatrin och socialtjänsten genom konkreta samverkanshandlingar implementera en evidensbaserad behandlingsmodell för personer som ingår i underhållsbehandlingen i kommunens reguljära verksamhet. Detta har tagit sin tid och har varit en flerårig process. Det som är syftet för denna studie är hur den faktiska samverkan mellan deltagarna har fungerat samt frågeställningarna hur deltagarna och omvärlden upplever samt påverkar samverkan. Frågor som denna fleråriga process kan ge en del svar på.

För att återgå till det teoretiska angreppssättet är ett annat centralt begrepp i nyinstitutionell organisationsteori *organisatorisk fält* som innebär att ett antal olika människovårdande institutionella organisationer har ett avgränsat strukturellt område eller *institutionell sfär* som är naturligt avgränsat inom ramen för ett och samma fält, som kännetecknas av att de har liknande social service och snarlikt arbete i relationen till klienter. Var och en av dessa organisationer som ägnar sig åt en bit av ett större verksamhetsområde inom ett fält följer ofta olika slags *institutionella logiker*. Dessa institutionella logiker utgör det egna synsättet och föreställningar som varje organisation har i ett samverkansprojekt (Grape, Blom & Johansson, 2006). Exempelvis har personal och överläkare inom psykiatrin generellt en mer medicinskt biopsykosocial föreställningsram, samtidigt som socialtjänstens socialekreterare har en blandat teoretisk modell, oftast både en psykosocial och en biopsykosocial modell på samma gång, samtidigt som det ibland saknas en enhetlig modell (Petersson & Karlson, 2008). Varje enskild institutionell logik blir som en standard för vad en organisation som omfattas av logiken ifråga bör göra och inte göra, och vad de andra organisationerna inom projektet kan och inte kan tillåtas ifrågasätta (Grape, Blom & Johansson, 2006).

Dessa institutionella organisationer är även utsatta för starka institutionella krav från omgivningen, som kräver och förutsätter att verksamheterna organiserar samverkansprojekten enligt gällande direktiv, lagar och regler (Grape, Blom & Johansson, 2006). Psykiatrin har ett medicinskt omvårdnadsansvar och socialtjänsten har ett socialt omvårdnadsansvar i samverkansprojektet LMAB enligt direktiv från socialstyrelsen (SOSFS 2004:8). Det innebär att samverkan i organisationer, mellan organisationer och organisationers omvärld inom ett starkt institutionaliserat verksamhetsområde eller organisatoriskt fält är i fokus i denna studie.

Ett annat viktigt begrepp inom nyinstitutionell organisationsteori är *domän* eller *verksamhetsdomän*, ett begrepp som Grape infört (2006). För att kunna utvärdera vad som händer inom samverkansprojektets ram, det vill säga själva processen, behövs begrepp som beskriver vad de ingående organisationerna faktiskt är verksamma och arbetar med. Enligt Sunesson (1974, 1981, 1989) kan man särskilja tre oberoende domäner som överordnad politisk domän, social domän och praktisk domän.

- *Överordnad politisk domän*: styrning och samverkan på övergripande samhälls nivå. I en nyinstitutionell organisationsteoretisk analys av människobehandlande organisationer görs skillnad mellan olika huvudmäns politiska beslut, lagar, samhällsdebatt och regelverk.
- *Social domän*: Olika yrkesgrupper och professioner med särskiljande av de olika anspråk på professionell eller unik kunskap och synsätt som de olika huvudmännens aktörer har kring aktuella samhällsproblem och

samhällsförhållanden. Där även varje yrkeskategori utvecklar ett eget språk och olika begrepp.

- *Praktisk domän*: Organisatoriska nätverk. Analys utifrån de typer av relationer som aktörer i samverkansprojekt har till varandra och till organisationernas omgivning.

En fjärde typen av domän eller kategori är enligt andra forskare (Kozes & Mico, 1979; Olsson, 1988) brukarnas domän.

- *Brukarnas domän*: Det inflytande som de klienter har som kommer i kontakt med verksamheterna.

När flera organisationer är involverade i samma fält och i samma verksamhetsdomäner kan en konkurrenssituation uppstå. Eftersom varje organisation inom ett samverkansprojekt gör, med grundval av sin institutionella logik, anspråk på att vara legitima företrädare för verksamhetsdomänen kan konkreta *domänanspråk* uppstå. Detta kan skapa maktobalans i maktförhållanden som stör samverkansprocessen. Om de olika organisationerna respekterar varandras institutionella logik, verksamhetsområden och roller i samverkansprojektet råder domänkonsensus, i annat fall kan det komma att bli *domänkonflikter* (Johansson, Grape, 2006).



Figur 1:1 är av författaren konstruerad illustration av det organisatoriska fältet inom nyinstitutionell organisationsteori, baserat på Danermark och Kullberg (1999) tolkning och som har sin grundval i Sunessons resonemang (1981, 1989) samt (Kozes & Mico, 1979; Olsson, 1988).

4.1.1 Förklaring till illustrationen figur 1:1

Eftersom alla organisationer eller aktörer inom det *organisatoriska fältet*, som utgörs av projektet LMAB, genom politiskt fattade beslut, har sin egen *institutionella logik* (egna regelverk, synsätt, professionell kunskap, praktisk struktur, relationer inom organisationer och

till omvärlden etc.), kan det *verksamhetsdomänanspråk*, man har krav på, antingen leda till *domänkonsensus* eller *domänkonflikter*. Om inte de olika aktörerna respekterar varandras institutionella logik, verksamhetsområden och roller i samverkansprojektet kan maktobalans uppstå, legitimiteten och förtroendet för projektet minskas, handlingsutrymmet reduceras och samverkansprocessen blir störd av domänkonflikter. Finns det däremot bra samverkan med respekt för varandra, ett gott samarbete och bra samordning leder det till domänkonsensus och samverkansprocessen leder till goda resultat för deltagarna (Johansson, Grape, 2006).

Ett viktigt begrepp inom nyinstitutionell organisationsteori är *domän* eller *verksamhetsdomän* (Grape, 2006). För att kunna utvärdera vad som händer inom samverkansprojektets LMAB:s ram, det vill säga själva processen, behövs begrepp som beskriver vad de ingående organisationerna faktiskt är verksamma och arbetar med. Jag använder mig i *figur 1:1* av den modell för analys som Danermark och Kullberg (1999) använder sig av och som har sin grundval i Sunessons resonemang (1981, 1989). En verksamhetsdomän utgörs med deras sätt att se det av de konkreta arbetsuppgifter som i sin tur knyts till politiska beslut, samtidigt gör de distinktioner mellan olika former av domäner som var för sig har olika karaktärer. En form av domäner utgörs av en *överordnad politisk verksamhetsdomän* som handlar om lagar och regelverk. En andra domän utgörs av en *social eller professionell verksamhetsdomän* som handlar om de yrkesverksamma och professionella utövarnas synsätt, kunskapstradition och kunskapsanspråk inom ett visst område samt även det professionella språk som varje aktör har. En tredje form av domän den *praktiska administrativa verksamhetsdomänen* som rör den organisatoriska strukturen och förhållandet mellan organisationer, organisationers omvärld och organisatoriska nätverk. Enligt Danermark och Kullberg (1999) kan även en fjärde domän urskiljas. Här använder de sig av andra forskare (Kozes & Mico, 1979; Olsson, 1988). Denna fjärde domän är *brukarnas/klienternas verksamhetsdomän*, det vill säga klienternas inflytande och roll i samverkansprojektet. Klienterna är trots allt huvudpersoner i samverkansprojekt där människovårdande organisationer skall samverka., åtminstone på papperet. Men hur är det i praktiken? Upplever klienterna att det finns problem med samverkan och får de den hjälp de behöver? Om de inte får det kanske samverkan måste förändras eller förbättras.

En annan central del i nyinstitutionell organisationsteori är att organisationer är beroende av andra organisationer samt av omvärlden och inte är slutna system (Grape, 2006). Omvärlden skulle kunna tolkas som en egen verksamhetsdomän, men eftersom omvärldens roll i det *organisatoriska fältet* skiljer sig från de olika människovårdande institutionella organisationernas roller med sina avgränsade strukturella områden samt inte finns med som en part i de politiska besluten, blir omvärlden inte en egen domän, däremot är omvärlden en viktig faktor att ta på allvar i den *praktiska administrativa verksamhetsdomänen*.

5 Metod

5.1 Metodval

Metoden i studien är kvalitativ och har en deduktiv tolkningsram med en hermeneutisk ansats. Det empiriska materialet består av en fokusgruppsintervju, två kvalitativa intervjuer, olika dokument från LMAB-projektet och ett urval urklipp från Hudiksvall tidning. Hermeneutiken passar bra som tolkning av empiriskt textmaterial eftersom det handlar om en hermeneutisk process under vilken man småningom åter sig in i empirin med hjälp av teoretiska förföreställningar, allt under det att teorin också utvecklas. Inom hermeneutiken talas det om en dubbel cirkel- eller spiralgång i all textförståelse. Hermeneutikens uttalade syfte är att försöka få en djupare förståelse av en text genom tolkning från textens detaljer till dess helhet och omvänt samt en tolkning från vår egen referensram till texten (Alvesson & Sköldberg, 2008; NE, 2009). Hermeneutik handlar om att tolka och förstå och jag har använt mig av det hermeneutiska förhållningssättet för att ta reda på om jag kan få ny förståelse för hur den faktiska samverkan mellan deltagarna fungerat och hur deltagarna och omvärlden upplever samverkan i LMAB-projektet.

Det kan vara lätt att göra egna tolkningar när jag efteråt lyssnat till intervjuerna och granskat dokument. Min egen förförståelse, referensram, erfarenheter, syn på språk, lärande, kunskap präglar hur jag tolkar. Att jag har insikt om detta är en förutsättning för att kunna förstå mig själv och andra människor. Åtminstone till en del, för det finns tyvärr sällan några entydiga sanningar eller enkla förståelser av människor och vår värld. En del menar att vi aldrig kan lösgöra oss från våra egna traditioner eller vår egen tolkningshorisont och göra en absolut objektiv tolkning av en text. Vi bör vara medvetna om den förförståelse som vi redan har eftersom vi genom språket, historien och traditionen gör oss som uttolkare och också till förmedlare och medskapare av detsamma. Språket, historien och traditioner påverkar både uttolkaren och det uttolkade (Alvesson & Sköldberg, 2008; NE, 2009). Med tanke på min förförståelse när det handlar om missbruksvården är min historik kort eftersom jag nyligen börjat arbeta på ett HVB-hem för vuxna i kommunen. Jag har därför inte hunnit bilda mig några utpräglade uppfattningar, som att jag är för eller emot någon viss behandlingsmetod. Som ny inom gebitet upplever jag inte heller att gängse kunskapstraditioner påverkat mig i min tolkning i denna studie. Jag anser inte att min forskning hämmas av att jag arbetar i kommunen, utan jag har förtroendet för att berörda människor är professionella i sina yrkesroller och att det finns en öppenhet, stävan mot utveckling och mot förändring samt en vilja att bli bättre i sin verksamhetsutövning. En fördel av att arbeta i kommunen är att det varit lättare att skapa kontakter när jag själv arbetar i den kommunala organisationen. Jag har samtidigt haft tillfälle att som deltagande observatör få en bra inblick i de olika kommunala verksamheterna och i projektet LMAB när jag i mitt arbete träffat både klienter och personal som mer eller mindre varit inbegripna i frågor som rör LAB.

Jag valde att använda den kvalitativa intervjumetoden för att den på bästa sätt kunde ge svar på mina frågeställningar. Ett mindre antal intervjuer med hög kvalitet kan ge mycket riklig information och kan ses som ett fullt tillräckligt underlag i en kvalitativ intervjumetod (Byström, 2003). Andra orsaker till att jag valde en kvalitativ metod var att en kvantitativ studie kräver större grupper och fler individer och att tiden varit ytterst begränsad. Om fler personer varit inbegripna i LMAB-projektet och att mer tid hade funnits för min studie skulle jag även ha kunnat använda mig av en kvantitativ studie som stöd för mina kvalitativa studier.

5.1.1 Urval av dokument som gäller LMAB-projektet

De dokument som berörs i denna studie som gäller LMAB-projektet är Hudiksvalls kommuns projektplan, delrapporter från projektet, socialstyrelsens olika direktiv och rapporter, överläkarens sammanfattning av LAB (Bil. 1) samt olika tidningsartiklar och insändare i lokaltidningen. Dokument som berör projektet har jag bitt projektdeltagarna på beroendecenter om att få ta del av. Följaktligen har det varit upp till projektdeltagarna att plocka ut vilka dokument som är aktuella för studien samt välja ut vad som är av relevans för studiens syfte. Jag kan därmed inte försäkra mig om att alla akter som uppfyller urvalskriterierna kommit med. Det kan ha funnits fler dokument men att dessa av olika anledningar inte har tagits ut för studiens genomförande. Att kontroll över urvalsprocessen av dokument inte har funnits fullt ut skulle kunna påverka studien i negativt avseende, i exempelvis generaliserbarhet. Generaliserbarhet innebär att studiens resultat är representativt för urvalsunderlaget och att resultatet i och med det går att använda i studien (Alvesson & Skoldberg, 2008).

5.1.2 Urval av intervjupersoner och fokusgruppsintervjupersoner

Fem deltagare ur en klientgrupp på tjugofem personer utvaldes till fokusgruppintervjun. Dessa fem deltagare utvaldes helt slumpmässigt utifrån en deltagarlista. Övriga intervjupersoner valde jag ut enligt selektivt urval. Det var personer i projektet som har direktkontakt med klienterna i projektet, som projektledaren, socialsekreteraren och två av personalen inom psykiatrin. Med tanke på att jag ville ha informanter i en viss position var selektivt urval det bästa alternativet i dessa fall. Sedan valde jag ett litet axplock av några röster i mediedebatten på insändarsidorna och från artiklar i Hudiksvalls dagstidning som speglar uppfattningar om LAB som finns i omvärlden.

5.2 Tillvägagångssätt

Semistrukturerade intervjuer har genomförts med verksamhetsansvariga inom beroendecentrum och personal inom psykiatrin som har behandlingskontakter med klienten. Vidare har en semistrukturerad fokusgruppsintervju genomförts på beroendecentrum med klienter som är deltagare i läkemedelsassisterad underhållsbehandling i Hudiksvalls kommun. Alldeles i början av uppsatsarbetet träffade jag Kaj Gustavsson på FoU enheten i Gävleborgs län som ställde upp och gav information om detta med LAB och hur vårdsituationen såg ut i vårt län. Jag var på en föreläsning om LAB där överläkare Lars Åke Björklund föreläste om de senaste rönen gällande LAB. Jag har även i mitt arbete kommit i kontakt med frågor kring LAB i olika sammanhang. Förutom att jag med bandspelare spelat in alla intervjuer har jag fört minnesanteckningar från olika träffar och från föreläsningen jag var på. Genomgång av relevant vetenskaplig litteratur, dokumentstudier av direktiv och riktlinjer, verksamhetsbeskrivningar och rapporter från socialstyrelsen samt från Hudiksvalls kommun och landstinget/psykiatrin, har jag också genomfört.

5.2.1 Datainsamlingen - semistrukturerade intervjuer

Den professionella semistrukturerade intervjun bygger på vardagens samtal. En sådan kan: *”... definieras som en intervju vars syfte är att erhålla beskrivningar av den intervjuades livsvärld i avsikt att tolka de beskrivna fenomenens mening”* (Kvale, 1997, s. 11). Genom samtalet skapas ett mänskligt samspel mellan forskaren och intervjupersonen. Genom att

forskaren ställer bra relevanta frågor och följdfrågor, som besvaras av intervjupersonen, lär forskaren känna intervjupersonen och får veta någonting om dennes erfarenheter, känslor, förhoppningar, den värld han lever i och på vis kan tillförlitlig kunskap konstitueras i dialogen. Ändå blir rollen som samtalsledare eller intervjuare annorlunda än vid ett vanligt samtal. Engquist (1996) menar att samtala är i vanliga fall något vi bara gör utan att vi tänker på det. Vi har lärt oss samtala som en naturlig process. Men om vi ser på samtalet ur socialpsykologisk synvinkel ser vi roller, normer, relationer, makt, attityd, självbild och identitet i en kontext. Samtalet mellan människor blir en mötesplats där ett utbyte av tankar och känslor sker. Samtalet kan bl. a. skänka oss trygghet, ge oss bekräftelse eller väcka vår nyfikenhet. Men för att det skall ske kräver samtalet också ett aktivt lyssnande, något som är lika viktigt som att ställa bra frågor. Det är även viktigt i vilken miljö som personerna intervjuas i. Att det är en trygg miljö som personerna känner igen kan även det skapa en trygghet i samtalet (Heap, 1995). Jag har haft två träffar med LMAB-projektets projektledare och socialsekreterare på beroendecenter. Jag blev mycket väl mottagen och gott bemött. I den första träffen var intervjun mer som ett samtal av informationskaraktär där projektet diskuterades, vilka förutsättningarna var för verksamheten och vad projektledaren och socialhandläggaren tyckte var viktigt. Detta var i början av uppsatsarbetet innan jag hade någon riktigt klar inriktning på studien och inte någon klar teoretisk infallsvinkel. Genom samtalet väcktes mina tankar om att förstå projektet LMAB i kontexten av samverkan som process. Samtalet varade omkring en timme. Sedan hade jag en ytterligare träff med berörda och till den träffen hade jag en inriktning och en teoretisk infallsvinkel för studien och jag hade förberett frågor om samverkan enligt en intervjuguide (Bil. 2). Mötet blev till karaktären en semistrukturerad intervju, som också den varade i omkring en timme. Jag hade även en semistrukturerad intervju med frågor om samverkan enligt intervjuguiden (Bil. 2), med två av personalen i opiatgruppen på psykiatrin på Hudiksvalls sjukhus. Vi träffades på deras arbetsplats i ett personalrum på avdelning tio. Intervjun tog omkring en timme.

5.2.2 Datainsamlingen - semistrukturerad fokusgruppsintervju

I statens offentliga utredning (SOU 2005:82) betonas vikten av att ta med brukarnas perspektiv hur missbruksvården skall utformas. Tonvikten i fokusgruppsintervjun var att studera innehållet; det vill säga intervjupersonernas upplevelser, åsikter och tankar om underhållsbehandlingen samt att förstå händelseförloppet ur deras synvinkel. Fokusgruppsintervjun med klienterna gav en bild av hur de som opiatberoende kan uppleva vägen in i underhållsbehandlingen och samverkan som deltagare i projektet. Genom fokusgruppsintervjuer kan en forskare få en god inblick i hur kunskap och idéer utvecklas (Wibeck, 2000). Avsikten med fokusgruppsintervjun var också att ta reda på om behandlingen utformats att brukarna själva upplever att den gett de förutsättningar som krävs för en förändring av deras livssituation.

Wibeck (2000, s. 9) skriver att: ” målet vid fokusgruppsintervjuer är att gruppdeltagarna ska diskutera fritt med varandra. Ordet fokus indikerar att diskussionen ska röra ett på förhand givet ämne. Ämnet initieras av ett stimulusmaterial och/eller av moderatorns inledning vid fokusgruppsessionen ”. Den semistrukturerad fokusgruppsintervju genomfördes med fem klienter som är med i programmet läkemedelsassisterad underhållsbehandling för opiatberoende i Hudiksvalls kommun. Förutsättningarna för en fokusgruppsintervju passade bra för klientgruppen eftersom det var en homogen grupp som i samtalet fick stöd av varandra i en trygg miljö på beroendecentrum. Beroendecentrums personal hade iordningsställt ett trevligt rum med platser för alla samt med en whiteboard och skrivblock och hade även kokat kaffe och köpt kaffebröd till alla, något som också var uppskattat och som underlättade att det blev en bra stämning i gruppen. Jag började med att berätta vem jag var och använde

whiteboardtavlan och ritade upp en sammanfattning av syftet med min studie och varför jag var intresserad av vad de som klienter och deltagare i LAB hade och berättat. Detta lade en bra grund för den fortsatta fokusgruppintervjun och samtalet. Jag hade i förväg skrivit ner intervjufrågor (Bil.3) efter vissa teman samt att jag ställde följdfrågor. Några av deltagarna var mindre delaktiga i samtalet och för att få med dem mer i samtalet ställde jag frågor som jag riktade direkt till dessa och på vis blev även de mer delaktiga i samtalet och diskuterade ämnet fritt. Samtalet som mer och mer övergick i en livlig diskussion pågick i omkring en och en halv timme, fikarasten medräknad. Min upplevelse av fokusgruppintervjun var att klienterna uppskattade samtalet, att de hade blivit uppmärksammade och att jag lyssnat på dem.

5.2.3 Litteratursökning

Jag har sökt relevant litteratur inom samverkans- och missbruksområdet, rapporter och forskning från olika liknande projekt, Socialstyrelsens föreskrifter och skrivelser om underhållsbehandling samt dokument som gäller LMAB-projektet. Jag har begränsat studien till att omfatta tidigare forskning och litteratur till svenska förhållanden. Danermark och Kullberg (1999) menar att eftersom den svenska välfärdsstatens omfattning, organisation, lagstiftning och yrkesprofessioner skiljer sig från hur det ser ut i många andra länder, med vissa undantag i våra nordiska grannländer, är det tillfyllest att endast beakta svenska förhållanden vid forskning om samverkan i människovårdande organisationer. Av den orsaken har jag likaså valt att koncentrera studien till svenska sakförhållanden.

Sökning av relevant litteratur gjordes huvudsakligen genom sökningar på Högskolan i Gävles biblioteks databaser. I litteratur som jag har bedömt vara relevant har jag utifrån referenslistor funnit ytterligare källor. Ejvegård (2003) anser att detta är en effektiv metod för att finna litteratur inom det område man avser att utforska, vilket jag också observerat. Några av de sökord som jag har använt är samverkan, projekt, samverkansprojekt, underhållsbehandling, buprenorfin, subutex, suboxone, drogmissbruk, missbruk, droger, nyinstitutionell organisationsteori. Litteraturen som använts till uppsatsen kommer från de rapporter, artiklar och böcker som var träffarna av den sökning som nämnts ovan.

5.3 Etiska synpunkter

Forskning har en viktig roll för såväl individers, organisationers och samhällets framsteg genom att kunskaper fördjupas och tillvägagångssätt förbättras. Forskning som involverar människor kräver god forskningsetik och detta medför att forskningskravet är att väsentliga frågor tas upp och att forskningen är av god vetenskaplig kvalitet. Mot forskningskravet måste individskyddskravet vägas. Individer får inte utsättas för opassande insyn, skada, kränkning eller sårande behandling. Således måste överväganden göras inför varje undersökning där dessa två krav ställs emot varandra (Vetenskapsrådet, 2002).

Innan intervjuerna informerades jag intervjupersonerna om att det är frivilligt att delta i intervjuerna och i fokusgruppintervjun, att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan förklaring samt att det inte skulle innebära några som helst negativa följder för dem om de gjorde det. Innan jag började intervjuas frågade jag också om det gick bra att spela in med hjälp av bandspelare, vilket ingen hade några invändningar mot utan alla intervjupersonerna samtyckte till det. Jag informerades intervjupersonerna att inspelningarna skulle transkriberas och analyseras i studien. Det inspelade materialet har behandlats konfidentiellt och har

förstörts efter transkriberingen. De utskrivna textavsnitten kommer att förstöras när uppsatsen är godkänd av examinator. Slutresultatet presenteras att ingen enskild person kan urskiljas utan personens samtycke.

5.4 Metodologiska lärdomar

Några lärdomar som jag fått när det gällde fokusgruppintervjun var att det emellanåt blev svårt att styra samtalet efter de temafrågor jag utarbetat. Gruppen fastnade i sina tankegångar och återkom bland annat hela tiden till detta med att byta mediciner och om dosering. Detta visar hur svårt det är att styra grupper med starka åsikter och med många viljor. Ibland går det inte att som moderator påverka inriktningen i samtalet utan det är bara att låta gruppen prata om det den vill. Rent generellt har jag lärt mig att intervjufrågor är svårt för att det är svårt att styra ett samtal med intervjupersoner efter de frågor jag förberett och själv vill ha svar på eftersom intervjupersoner också har en tendens att vilja prata om det den vill. Överläkaren i projektet blev inte intervjuad i denna studie. Det hade kanske varit på sin plats att jag gjort det men eftersom tid och platsbristen varit överhängande har jag nöjt mig med övriga deltagare i projektet. Det finns dock en projektsammanfattning (Bil. 1) som är skriven av överläkaren och som jag refererar till i studien.

En annan faktor som tog mycket tid i början av uppsatsen var att det var svårt att hitta ett angreppssätt som organisationsteoretiskt kunde förklara själva processen samverkan samtidigt som studien skulle vara utforskande. Jag fick tips om en sådan teori av Kaj Gustavsson, som arbetar på FoU-enheten i Gävleborgs län och som från början var den som skrev Hudiksvall kommuns LMAB-projektansökan, under samtalet med honom. Genom att jag valde att studera LMAB-projektet utifrån samverkan och det nyinstitutionella organisationsteoretiska perspektivet blev det för mig att sätta mig in i ett helt nytt koncept och en helt ny teori med alla olika tillhörande begrepp, vilket har varit både spännande, svårt och lite tidsödande. Det hade varit lättare att välja någon teoretisk utgångspunkt som jag redan kände väl till från min studietid, men då hade det varit svårare att få samverkan belyst på ett organisationsteoretiskt sätt och det hade kanske inte varit lika lärorikt för mig personligen som det nu blev. En nackdel som jag ser det med att anamma en helt ny teori är att jag inte har kunnat fördjupa mig i teorin mycket som jag velat på grund av främst tidsbrist.

Jag hade i och för sig kunnat göra det lättare för mig om jag gjort en helt vanlig traditionell utredning av mål, effekt och resultat. Det är möjligt att kommunen skulle tyckt att de skulle ha haft större nytta av uppsatsen under sådana betingelser. Men då hade jag fått göra avkall på kraven som ställs på en C-uppsats, anser jag. Ett annat alternativ som kanske hade passat bättre som forskningsmetod hade varit vardagslivsforskning. Vardagslivsforskning handlar i första hand om deltagande observationer av människor i vardagslivet, d.v.s. det liv och rutiner som människor skapar i samspel och i kommunikation med andra. Därför behövs det närstudier för att kunna utveckla teorier om det allmänmänskliga i människors relationer och samspel. Men eftersom tiden har varit ytterst begränsad var det inte ett alternativ denna gången.

6 Empirin visavi samverkan

I detta kapitel kommer jag att belysa empirin gentemot de olika verksamhetsdomänerna, som beskrivs i teorikapitlet, i tur och ordning, kopplat till samverkan samt till studiens frågeställningar. Brukarnas verksamhetsdomän, som handlar om klienternas inflytande och roll i samverkansprojektet, kommer däremot inte att behandlas som ett eget avsnitt utan deras röster kommer att bli hörda inom de övriga domänrubrikerna.

Det empiriska materialet består av en fokusgruppsintervju, två kvalitativa intervjuer, olika dokument från LMAB-projektet och ett litet urval urklipp från Hudiksvall tidning. De frågeställningar som ställts i studien var:

- Hur upplever deltagarna samverkan när det handlar om lagar och regelverk?
- Hur upplever deltagarna olika synsätt och kunskapstraditioner i samverkan?
- Hur upplever och hur påverkar omvärlden samverkansprojektet?

6.1 Den överordnade politiska verksamhetsdomänen

Frågeställning: Hur upplever deltagarna samverkan när det handlar om lagar och regelverk?

Danermark och Cullberg (1999) menar att det är främst tre aspekter som man utifrån de skilda regelverken kan förvänta sig att det vid samverkan kan uppstå problem eller domänkonflikter. Dessa är *beslutsfrågan*, *ansvarsfrågan* och frågan om *under vilka premisser arbetet skall ske*. Enligt Grape & Blom (2006) finns det risk för en maktkamp där det existerar olika professioner och yrkesgrupper, med helt olika status och makt, vilket i sig kan skapa problem eller domänkonflikter i samverkan.

Det finns olika lagar och skilda regelverk som styr inom det organisatoriska fältet och de olika verksamhetsdomänerna som de olika aktörerna verkar inom. Hälso- och sjukvården, (där psykiatri ingår) styrs av hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och är en lag som är relativt detaljreglerad. Vårdansvaret sträcker sig till när en patient anses vara ”medicinskt färdigbehandlad”. Socialtjänstlagen (SoL), som reglerar socialtjänstens och missbruksvårdens arbete, är en ramlag, som innebär att den enskilde medborgarens rättigheter inte finns specificerade i detalj. Socialhandläggarens utredning, beslut och insatser är underställt politiken, dvs. alla beslut bygger på att delegation att fatta beslut har erhållits (Danermark & Cullberg, 1999). När det gäller LAB är det Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:8) som ligger till grund för hur arbetet skall utföras, föreskrifter som är relativt detaljerade. Behandlingen skall också vila på vetenskap och beprövad erfarenhet. För samtliga fält gäller Sekretesslagen (SokrL) som är en gemensamt för alla i samverkan som innebär att en patient/klient skall kunna utgå ifrån att personliga förhållanden inte sprids till andra. I utredning angående LAB lämnar klienten ett skriftligt medgivande, vilket är en förutsättning för att påbörja en utredning.

När det gäller beslutsfrågan har inte socialtjänsten samma inflytande över besluten som sjukvården har utan det är läkarvetenskapen som har ett tolkningsföreträde i frågor som rör LAB:s inriktning. Det är förvisso socialhandläggarna som gör utredningen, men psykiatrins överläkare som tar beslutet om klient skall antas till LAB behandlingen. Övriga aktörer har en mycket liten möjlighet att påverka inriktning och utredning.

Enligt Danermark och Cullberg (1999) kan de skilda ansvarsområdena, för den aktuella klientgruppen som de olika professionerna inom de olika verksamhetsdomänerna har, också påverka samverkansmöjligheterna. Frågor som vilken form av insatser som är lämpliga och hur dessa insatser skall finansieras, är frågor som kan leda till samverkansproblem. Socialtjänstens ansvarsområde är mycket mer omfattande än hälso- och sjukvården och andra myndigheters. Socialtjänsten har ingen annan myndighet dit de kan remittera ärenden de inte anser sig ha resurser för, utan de har det yttersta ansvaret för alla sociala problem och sociala frågor som rör kommunens innevånare. Den statlig utredning av Kerstin Wigzells (SOU 2005:82) visade också på det olika ansvar som de olika huvudmännen har samt skillnader i resurser och uppdrag kan inverka på samverkan. Det saknades även tillräckligt med insatser när det bland annat gäller boenden, öppenvård och sysselsättningsåtgärder och fritidsaktiviteter, som har en avgörande betydelse för att motverka återfall i missbruk och tillbakagång till tidigare missbruksmiljöer (SOU 2005:82). Detta kan generellt även tillämpas på situationen i Hudiksvalls kommun där det råder en brist på egna verksamheter, som är specialiserade på målgruppen och dess behov. En annan synvinkel är att socialtjänsten är beroende av andra myndigheter och organisationer, såsom arbetsförmedlingen, ideella föreningar, utbildningsväsendet och privata vad gäller exempelvis sysselsättning och fritidsaktiviteter. Detta är samverkanspartners som egentligen faller utanför LMAB-projektets uppdrag, men också dessa myndigheter påverkar socialtjänstens arbete och möjligheter till samverkan.

Vad säger personalen inom psykiatrin?

Sen är det att samverkan mellan vår organisation och kommunen här fungerar ju ypperligt. Men lite kritisk mot det här med bättre verktyg till kontroll av ASI-utredningarna, exempelvis har vi rätt patienter inne? Är han verkligen berättigad till det här, fyller han verkligen kriterierna. Socialhandläggare gör utredningen, sedan gör doktorn ensam bedömningen. Där vore en önskan om en insats till där, ibland blir känslan att vi agerar som någon form av kommunens soptunna för missbruksproblem där dom ser till att många som möjligt snabbt som sjutton skrivs in härför att minska deras... allt handlar om ekonomi. Då kan ju en och annan slinta in som inte hade tänkt sig att dom fyller kriterierna egentligen. Problemet med det här om det nu blir alldeles för många som egentligen inte är berättigade om man nu skulle hårdgranska till LMAB-programmet är att dom kommer att stå för det här negativa som skrivs, medicinen läcker ut, det är okey att missbruka, konstanta positiva urinprover. Dessa har ofta ett annat problem i botten, amfetamin eller alkohol eller något. Får vi in för många som inte ska vara i programmet, ja då blir det .

Vi beslutar inte vilka som får vara med, det vi kan göra är att ta upp det som vi ser, hör och uppfattar med doktorn på rondan och kommunen får del av det och doktorn får del av det. Det är ju här och vi får väl utgå från att det ska vara här. Men det finns ju alltid saker och ting som man kan förbättra och det finns inga program i hela världen som är vattentäta.

Samtidigt är vi styrda av riktlinjerna från Socialstyrelsen, det står ju inte att efter tio positiva urinprov blir du utskickad från programmet, utan det är ju ett individuellt program det här och det är olika för alla. Måste titta på vad är det för problem och vad är det för åtgärder som behövs sättas in där då. Om man nu tänker att en kille har varit heroinist i 10 – 15 år, eller blandmissbruk där mestadel gått till opiater, då har de ju slagit sönder mycket, inte bara hos sig själv fysiskt och psykiskt utan också i samhället, då är det lite de erbjuder för att bygga upp individen tillbaka till ett fungerande arbetsliv till exempel.

Kommunens främsta uppgift är ju när dom kommer in här, har lägenhet, att det finns ekonomi, sysselsättning – dom tre ingår i den psykosociala biten som dom ska ha. Har man som ingen sysselsättning, ja vad är det för mening då? Hela iden bygger ju på sysselsättning, man lär sig andra tankebanor, lär sig ett annat beteende, lär sig vara lite mer social med andra människor, det är en del också i att kunna utvecklas och erövra en ny livsstil, förändra beteendet, det är ju det handlar om. Samtidigt är det ett eget ansvar från patienten, vad behöver jag? Det är ju ett eget ansvar man får ta, absolut!

En kort sammanfattning av vad personalen på psykiatrin anser, är att samverkan fungerar bra men att det finns en hel del som inte är till belåtenhet. Personalen anser att överläkaren har för stort ansvar och beslutsmandat. Personalen har synpunkter på under vilka premisser socialsekreterarnas utredningar går till, eftersom det finns stor risk för att det skrivs in fel personer i programmet för att kommunen har dålig ekonomi och ansvaret för kommunens problem med personer med tungt missbruk skjuts över på psykiatrin. Enligt personalen är de flesta i programmet blandmissbrukare och skall enligt kriterierna och direktiven inte platsa i programmet. Personalen har inget beslutsmandat men har en ambition att vilja vara med mer i besluten. Personalen på psykiatrin anser att kommunen inte ger tillräckligt med psykosocial hjälp till klienterna. Klienterna får heller inte tillräckligt med hjälp när det gäller att skaffa boende och sysselsättning, enligt personalen på psykiatrin. De anser att det behövs mycket mer hjälp för att klienterna skall utvecklas och erövra en ny livsstil och förändra sitt beteendet, säger personalen. Samtidigt påpekar personalen att det även är ett stort eget ansvar som patienten själv har.

Vad säger Beroendecentrumets socialsekreterare?

Vi har bra samverkan men vi har olika åsikter ibland men vi diskuterar och kommer alltid fram till en lösning, och det är ju utveckling, man lär sig något hela tiden. Det vore högst orimligt om det inte fanns några problem i samverkan, för det finns det ju. Och tror man inte det har man inte lyckats se dom. Det intressanta är hur man kan gå vidare med det.

Vi gör utredningen men det är ju doktorn som beslutar.

Vi har mycket uppfattningar om vad psykiatris personal gör och inte gör och säkert är det tvärtom. Det finns åsikter om vad man säger och inte säger som handlar om bemötande, tillgänglighet, och det här om brukarinflytande, hur mycket de får vara med och säga till om.

Det känns som om vi trevar oss fram allihop, sen att vi bara träffas en eftermiddag varannan vecka är det klienterna som går emellan och berättar om oss vad vi har sagt och vi får höra här vad dom säger på tian har sagt. Den gruppen tycker ju om att bygga upp också, nån kan säga en sak sen kommer det fram att dom har sagt något helt annat, det går ju att vända på allt liksom. Om vi hade jobbat i samma lokal hade man ju på ett annat sätt direkt kunnat ta reda på, var det verkligen, inte tycker jag man kan säga. Men nu dröjer det en eller två veckor och då har man ju glömt bort det. Vissa saker kommer man ju ihåg att fråga om andra inte.

Klienterna är ofta missnöjda med medicinutdelning, och det är ju inte sånt som vi styr över. Dessa personer är gnälliga och tycker att det är besvärligt, det ligger i deras natur, det är inte för inte man missbrukar opiater, olika droger passar för olika människor. En opiatmissbrukare vill inte känna allting som är jobbigt, som smärta och känslor och det är ju det man vill bedöva, annars skulle man väl gå på amfetamin om man vill vara pigg. De är ovana med av att känna hur de mår, allt missbruk är ju på jakt efter att må bättre.

Det som har gjort att det gått bra är ju att det finns ett intresse hos personalen, skötarna och sjuksköterskorna och Lars Åke, att dom tycker att det är kul, att dom är en liten grupp och dom har fått en egen liten avdelning, sånt betyder jättemycket. Vår läkare är en klippa, han är himla bra, vi blev nervösa när det skulle komma en psykiatriker, hur ska han vara... men han är alltså toppen.

De allra flesta är ute i sysselsättning, det är ju ett jättestort framsteg för dom här patienterna och att dom har någonstans att bo.

En kort sammanfattning av vad socialsekreterarna anser, är att samverkan fungerar bra men att det finns en hel del som skulle behövas bli bättre. De har inte alls samma problem med detta med att inte känna att de är med i beslutsprocessen eftersom de är med klienten i hela utredningsfasen och sedan i det psykosociala arbetet. Samtidigt påpekar de att det är ju i slutändan överläkaren som fattar besluten. Socialsekreterarna berättar att de inte har någon

kontroll över medicinutdelningen och att de har andra åsikter än vad psykiatrins personal har i förfarandet när det handlar om bemötande, tillgänglighet och i frågor som har att göra med brukarinflytande. Det som väldigt klart framkommer är socialsekreterarna har en helt annan kontakt med klienterna och har mer förståelse för att klienterna vill ha mer inflytande, samtidigt som de är väl medvetna om att dessa klienter är mycket svåra att arbeta med beroende på deras tunga missbruk. Det som är ett stort problem är att socialsekreterarna träffar personalen på psykiatrin för sällan och då är risken stor för att det blir missförstånd och olikheterna i ansvaret kommer upp till ytan. Det kan då vara lätt för klienterna att splittra och spela ut personalen på psykiatrin mot socialsekreterarna på beroendecentrum. Detta är något som alla är väl medvetna om, ändå lyckas klienterna med det i bland.

Vad säger klienterna?

En gång i veckan har vi i en grupp där de flesta går, och de kallar det för återfallsprevention, men vi sitter och pratar bara ungefär som vi sitter nu. Vi pratar om det som kommer upp, det kan vara fotboll, de kan vara vad som helst. Lite för att det ska finnas någonting och för att det ska se bra ut.

Dom flesta av oss har gjort en minst tiotal behandlingar de flesta vill nog inte ha nån behandling, man söker det här nu för att man inte klarar av att sitta i några mer behandlingar, man har gjort många och det funkar inte. Men det skulle vara mycket som kanske skulle underlätta, för många skulle behöva ha lättare att komma ut i utbildning och att slussas ut i något sånt. Lika är det med bostäder och sånt med. Det är inte som när du går en vanlig behandling, där har du en garanterad bostad när du går ur din behandling. Här är bostad ett krav för att få behandling och det ställer inte kommunen upp med utan det måste man fixa själv. En del har varit på någon behandling och har av kommunen fått en träningslägenhet innan de kommer in i programmet.

Om vi inte skulle vara nöjd med vår medicinering har vi ju ingenting att säga till om, för dom bestämmer ju vilken dos du ska ha, sen spelar det ju ingen roll om man är för lågt doserad att du går halvt avtänd hela tiden och då är det bara en tidsfråga innan man kliver på, för man orkar inte i längden eller slutar man andas, det är det blir liksom.

Men det är ju att alla spär ju på lite för att få komma in också och det är ju inte lätt för alla och såna här (socialsekreterare) och se. För oss skulle det ju inte kunna någon och ljuga, men det är ju lättare att ljuga för en socialassistent och läkaren går ju bara efter den ASI:n dom gör. Kan du manipulera socialsekreteraren har du ju fått det liksom. Egentligen har sos makten eftersom läkaren bara går på ASI:n.

Återfall har 95 % vill jag påstå och då hamnar den tillbaka på ruta ett och där kan det hålla på, man får ju tänka på att vi har ju inge andra behandlingar runt omkring. Det är inte många som klarar sex månader utan ett återfall, Det är ju som att ge en amfetaminist en påse om dagen, här har du men du får inte göra något brott, det är inte många som klarar det inte.

En kort sammanfattning av vad klienterna anser är att en hel del som skulle behövas bli bättre med samverkan. De har ingenting att säga till om och deras inflytande är mycket litet, anser de. De har åsikter om hur förfarandet går till vid dosering av medicinerna på psykiatrin. De tycker att de får lite hjälp av kommunen när det handlar om arbete, bostäder och sysselsättning. Den psykosociala hjälpen är för dålig anser en del av klienterna och säger att den skall väl finnas för att det skall se bra ut. Det är stora risker för återfall när de är i programmet. Samtidigt som de säger att de inte har något beslutsmandat säger klienterna att det går att lura socialsekreteraren när de gör ASI-utredningen¹ och kan på detta vis påverka att komma med i programmet eftersom överläkaren fattar beslut på socialsekreterarens utredning.

Not ¹ Addiction Severity Index (ASI) är ett standardiserade bedömningsinstrument som fyller höga krav på likvärdig standard, neutralitet och relevans gällande alkohol och narkotikaanvändning.

6.2 Den sociala/professionella verksamhetsdomänen

Frågeställning: Hur upplever deltagarna olika synsätt och kunskapstraditioner i samverkan?

När det ibland pratas om en verksamhets eller en organisations kultur handlar det oftast om den dominerande verklighetsuppfattningen som existerar och att det finns olika sätt att förstå och rama in olika problem, enligt Danermark och Cullberg (1999). Det sitter i väggarna, som det brukar heta. Det råder med andra ord oftast stora olikheter i de olika verksamhetsutövares professionella synsätt, kunskapstradition, kunskapsanspråk och språk i ett samverkansprojekt som LMAB-projektet. Psykiatrin och sjukvårdens läkarkår har oftast ett annat sätt att se på ett problem än man har inom socialtjänsten. Som socialarbetare ser man problemområdet heterogent och i sin helhet, vilket gör socialarbetaren mer till en generalist där samverkan med klienten är i fokus samt med stora inslag av personliga värderingar. Mot detta skall psykiatrin och en professionell läkarkår ställas, som är i en maktställning som sällan ifrågasätts. Genom att det är ett visst vetenskapsteoretiskt dominansförhållande inom det organisatoriska fältet kan problem uppstå om vem som är den egentliga auktoriteten, vem som innehar rätten att föra talan och vem som inte har det. Detta kan sätta sin prägel på hela samverkansprojektet, enligt Danermark och Cullberg (1999) och skapa domänkonflikter eller en bedräglig domänkonsensus.

Den statliga utredningen av Kerstin Wigzells (SOU 2005:82) styrker denna uppfattning. Utredningen visar att personal i samverkansprojekt som arbetar med personer med missbruk saknar gemensam kunskap om missbrukarvården som helhet. Utredningen visade också att huvudmännen har delvis olika perspektiv på beroende och missbruk och att kommunikationen mellan olika professioner försvåras av olika vårdideologiska ståndpunkter, olika terminologier och olika attityder till missbruk och missbrukare. Att den gängse kulturen och kunskapstraditioner kan skapa domänkonflikter mellan olika företrädare för olika kunskapsinriktningar visas också av vad informanterna i LMAB-projektet berättar.

Vad säger personalen inom psykiatrin?

Istället för konsekvens direkt, att linda in det lite, ja nu har han haft det lite problematiskt en längre tid här finns det någonting som vi kan göra för att hjälpa han lite bättre. Det vore det bästa att säga men vi blir frustrerade ibland. Vi har mycket med det här med konsekvens, vi kan ju se likheten med detta med självskadebeteende, där man får ta konsekvenser för sitt handlande och ta eget ansvar, men det ska liksom huldass om lite för mycket ibland. Vi har liksom olika synsätt, ja det är liksom här att som Maria och Camilla säger man ska ha... jag kommer inte riktigt ihåg vad det är för uttryck, men det handlar om att bygga upp, det brukar dom ju prata mycket om... Ja det är här vi har lite olika språk fast vi menar samma sak men vi uttrycker oss annorlunda.

Vi ger dom medicin och det här 15 minuters samtal för varje individ som kommer hit och under den kan vi vara med, då ser vi hur dom ser ut, ser dom påverkade ut, hur urinproven ser ut, och vi dömer ju ingen eller slår inte folk på fingrarna utan vi har ju våran struktur hur vi går till väga, vi pushar dom, ger dom lite beröm att dom gör ett fantastiskt jobb. Samtalet är inte ålagt psykiatrin utan dom får ju mycket har ifrån också.

En kort sammanfattning av vad personalen på psykiatrin anser är att de jämför klienterna i programmet med patienter inom psykiatrin som har ett självskadebeteende. Personalen tycker att det huldass om eller pjoskas lite för mycket med klienterna och att klienterna skall i större grad ta ansvar för sitt handlande och även ta konsekvenser därav, mer enligt ett psykodynamiskt synsätt. Detta visar att det finns olika kunskapstraditioner och kunskapsanspråk och olika vårdideologiska ståndpunkter mellan psykiatrin och socialtjänsten. Man talar inte ens samma språk alla gånger, som personalen på psykiatrin säger.

Vad säger Beroendecentrums socialsekreterare?

Men det kan ju vara att man har olika uppfattningar om vilken åsikt man ska ha i vissa saker också. Men man ska ju vara lite smidig och inte bränna alla broar direkt heller. Det har ju nästan varit att man nästan varit ovänner men det är inga problem om det är något som man tycker är ett problem, då kan vi ta upp det. Sen får man inte vara lättstött heller om man får lite pikar, som; ja just det ja, de fick ju inte ha några konsekvenser för det var ju straff... Vad är konsekvens och vad är straff? Det är inte enkelt och det är sånt där man skulle behöva mycket mer tid till eller någon gemensam utbildning kring sådana här frågor om etik och moral eftersom man har ju lite olika referenssystem.

Man har alltid klienten i fokus, förutsättningar och hjälpmedel, nu handlar detta inte om LAB men ta till exempel om förutsättningar för att kunna vara nykter nu. Det är jobbigt som det är och vad finns det för hjälpmedel, ja det finns Revia och Campral, jättebra hjälpmedel. Socialstyrelsen har sagt att det skall användas mycket mer, tillsammans med någon samtalskontakt. Då vet man ju att det här är ett problem, vi är inga läkare och det finns inga läkare här då ringer man till hälsocentralen, pratar med sjuksköterskan och bokar en tid. Jag vill här som socialsekreterare här på beroendecentrum att den här personen ska få Kampral och Revia och boka en tid doktorn kan skriva recept. Vad händer? Läkarna blir jätteupprörda! Man får lite skäll, dom säger det inte rakt ut men det är han som är doktor. Men det får man väl ta då bara man når målet.

Klienterna tycker om att påverka och har åsikter, det är en rolig grupp att jobba med, det är lite fart på dom. Alla har talförmåga och är duktiga på att uttrycka sig.

En kort sammanfattning av vad socialsekreterarna på beroendecenter anser är att det finns olika uppfattningar mellan psykiatrin och socialsekreteraren. Ibland är man mycket oense om vilket synsätt som skall gälla. Socialsekreterarna har en helt annan utbildning och kunskapstradition än personalen på psykiatrin och ser problemen kring klienterna mer heterogent och i sin helhet och där samverkan med klienten hela tiden skall vara i fokus. Socialsekreterarna på beroendesentrum har mer och djupare kontakt med klienterna, än personalen på psykiatrin, och av den orsaken även en annan förståelse för klientens situation.

Vad säger klienterna?

Det är olika från stad till stad, vilka doser man kör. Ulleråker har ju aldrig under 110 i dos på metadon till exempel, i Stockholm har dom max 110 och här är det blandat, 70 till 80 och nån har 110 eller 120 men då ställde dom in med Ulleråkers koncept. Men subutex är lite lättare för där kan man ju inte överdosera och alla hamnar på samma dos här på Subutex innan det är klart. Ändå är oerfarna läkare rädda för att dom tror att man kan ta överdos på Subutex när kroppen bara kan ta upp en viss mängd, resten går ut som slaggprodukter. Det blir ju att när man gått på skyhöga doser på heroin innan man kommer med i programmet ska man börja med en tablett i flera veckor innan dom lägger på en halv tablett till. Alltså då går man ju med världens avtändning i flera veckor och ändå är man i stort behov av den här behandlingen man kanske gått och kämpat i upp till ett år för och komma med.

Det är ju sjukt, en gång i veckan går jag å käkar, å då krossar dom det jag tar där och får jag ändå en påse med mig hem sen? Av vilken anledning ska dom krossa det när jag får en hel påse tabletter hem? Det är smågrejor men det är ändå såna grejor som... på ett sätt kan jag förstå, missbrukare hassals (myglar) och ... det förstår jag också men samtidigt, vi är ju fan en patientgrupp som vilken annan... det finns ingen patientgrupp som blir illa behandlade, den mest kontrollerade.

En kort sammanfattning av vad klienterna anser är att deras synsätt och kunskapsanspråk angående mediciner och doseringar är det enda rätta. Klienterna anser att ingen lyssnar på dem och förstår deras situation vilket bara ökar risken för återfall. De säger att ingen annan har den kunskapen som de har. Klienterna har en viktig poäng i detta, för det är inte många som har den personliga erfarenheten av droger och mediciner som dessa människor har. De anser att de blir respektlöst behandlade av en del personal på psykiatrin samt att de är den mest kontrollerade av alla patientgrupper.

6.3 Den praktiska administrativa verksamhetsdomänen

Frågeställning: Hur upplever och hur påverkar omvärlden samverkansprojektet?

Den *praktiska administrativa verksamhetsdomänen* rör den organisatoriska strukturen där det är flera olika huvudmän, förhållandet mellan dessa olika huvudmän i organisationer, organisatoriska nätverk och organisationers omvärld (Johansson, Grape, 2006). En central del i nyinstitutionell organisationsteori är att organisationer är beroende av andra organisationer samt av omvärlden och inte är slutna system (Grape, 2006). Omvärlden är därför en viktig faktor i den *praktiska administrativa verksamhetsdomänen*. Vårt samhälle brukar delas in i tre sektorer av organiserad verksamhet, offentlig sektor, privat sektor och ideella sektorn eller civilsamhället som den också kallas (Boström m fl 2004). I den ideella sektorn ingår olika föreningar som arbetar förebyggande och stödjande i alkohol, narkotika och sociala verksamheter. Hudiksvalls kommun har ett nära samarbete och ett 3-årigt avtal med IOGT-NTO i Hudiksvall och med RIA Hela människan (Protokoll, Social och Fritidsnämnden, 2008-04-10). Många personer i dessa ideella organisationer har ett stort engagemang och gör ett mycket bra arbete i att stödja missbruksvården i Hudiksvall.

Dessa aktörer är även de involverade i samma fält och i samma verksamhetsdomäner som samverkansprojektet LMAB och av den orsaken kan en konkurrenssituation uppstå. Varje organisation, även omvärlden, gör på grundval av sin institutionella logik, anspråk på att vara legitima företrädare för sin *institutionella logik* och gör därför konkreta *domänanspråk*. Om de olika organisationerna inte respekterar varandras institutionella logik, verksamhetsområden och roller i samverkansprojektet kan det uppkomma *domänkonflikter* enligt Johansson och Grape (2006), vilket vi ser händer i LMAB-projektet. Enligt Ineland (2006) är organisationer öppna system känsligt för rådande normer i samhället och därför påverkas organisationer av föreställningar som finns i dess nätverk och i dess omvärld. Det är viktigt för en människovårdande organisation att ha trovärdighet och legitimitet för att få förtroendet att fortsätta driva verksamheten och för att få ett handlingsutrymme. I förlängningen kan även legitimiteten vara avgörande för verksamhetens fortsatta överlevnad.

En del personer inom kommunen och inom de ideella föreningarna, till skillnad mot övriga aktörer i studien, är skeptiska till LAB. Dessa personer menar att underhållsbehandling inte är rätt väg att gå för att bli fri ett missbruk utan förespråkar nolltolerans. De menar att de behandlingsmetoder som traditionellt har stark förankring i samhället, såsom 12-stegsmetoden, också bygger på evidensbaserad kunskap. Vad är Evidensbaserad kunskap? Enligt Grape (2006) är det påvisbara insatser som leder till ett resultat. McCluskey och Cusick (citerat i Jonsson, 2006) gör en distinktion mellan erfarenhetsbaserad kunskap (praxiskunskap) och evidensbaserad kunskap. De menar att: "*en betoning på erfarenhetsbaserad kunskap inom praktik och en betoning på evidensbaserad kunskap inom forskning leder till ett glapp. Detta glapp är nödvändigt att överbrygga vid implementering av en evidensbaserad praktik där praktiker förväntas utgå från bästa tillgängliga evidens vid klient- eller patientarbetet*". 12-stegsmetoden är en godkänd behandlingsmetod av Socialstyrelsen och erfarenheten visar att den fungerar för vissa människor. 12-stegsmetodens insatser leder i vissa fall till ett bra resultat och har evidens. Det finns ett flertal människor som är exempel på det men det är trots allt en rätt liten procentandel som lyckas komma fram till målet drogfrihet (Johnson, 2005). I Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2007) rekommenderas 12-stegsbehandling för klienter och patienter med missbruk eller beroende av främst alkohol. Å andra sidan är i samma riktlinjer (2007) Socialstyrelsens rekommendationer, för klienter och patienter med långvarigt missbruk och beroende av

opiater, läkemedlen metadon eller buprenorfin (Subutex©, Suboxone©) i kombination med psykosocial behandling, enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:8). Det finns vetenskapliga studier som visar att sjuklighet och dödlighet hos patienter vid heroin- eller annat opiatberoende, i behandling med preparaten metadon eller buprenorfin (Subutex©, Suboxone©), minskar dramatiskt. Forskning och erfarenheten visar att det även finns många nu levande människor som är bevis på att denna behandlingsmetod också fungerar för denna särskilt utsatta grupp (Goldberg, 2005; Johnson, 2005).

Vad säger en ordförande i en ideell förening i projektets omvärld?

Det växer starka personliga känslor hos många människor när underhållsbehandling av långvarigt opiatmissbruk kommer på tal. Något som också på senare tid visats i artiklar och i insändare i media. Det finns de som har en annan vårdideologi och som anser att det finns bättre behandlingsalternativ för många av dessa missbrukare i LMAB programmet. Bland annat har vi kunnat läsa i en artikel i Hudiksvalls Tidning (HT) den 28 februari 2009:

Metadonprogrammet lockar narkomaner till Hudiksvall, och det är fel personer som tas in i programmet. Det hävdar Krister Lundgren, ordförande för IOGT_NTO i Hudiksvall. Anledningen är, säger han, att det är för lätt att få metadonbehandling i Hudiksvall. – Hur gör man för att dokumentera missbruket? Man tar pissprov i sex månader. Man ställer inga krav heller. De som får metadon kan ändå gå ut och suppa sig full, trots medicineringen. Och alla som får metadon är inte från Hudiksvall, det är andra som flyttar hit också, för här är det lätt att få metadon. Under det senaste året är det 25 stycken som fått metadon i Hudiksvall. Och på sätt för vi hit ännu fler missbrukare, säger Christer Lundgren.

Vad säger en politiker?

Även inom en och samma verksamhetsdomän i en institutionell organisation kan olika uppfattningar skapa domänkonflikter, som exempelvis inom Socialnämnden i kommunen. Det finns politiker som ifrågasätter om underhållsbehandlingen ges under strikt kontrollerade former. I en insändare i HT lördagen den 1 april 2009 står det att läsa:

Vi har i socialnämnden sett att preparaten är inblandad i alltför många överdoser. Hur de kommer ut på gatan kan man väl spekulera i om det kommer illegalt eller från missbrukare som är inskrivna i programmen. Folkhälsoinstitutet har också i en ny rapport visat att dödligheten i metadon och subutex ökar dramatiskt.

Vad säger personalen inom psykiatrin?

Vi har den inställningen att vi har fått ett uppdrag och det måste vi utföra, sen är det väldigt tungt när man läser tidningen en lördagsmorgon och det står på första sidan om metadon och subutex och allt det här, det blir ju tufft. Då går man ju in i försvarsställning för patienten. För man har ju alltid patienten i första hand. Då blir man ju frågande vad har dom för människosyn dom som skriver dom här artiklarna egentligen. Är dom då sämre människor för att dom går på den här medicinen för att dom inte har kraft nog eller styrka att klara av det?

Vi har en stående inbjudan till politikerna i landstinget, dom får gärna komma hit, andra har fått flera stående inbjudningar att få komma hit, får dom se hur det fungerar rent praktiskt.

Till en början, nu kan man ta Gävle till exempel, där är dom väldigt stenhårda i arbetet mot LAB och där tar det ju längre tid innan man får saker och ting att fungera. Och vem är det som blir lidande, jo det är dom som behöver den här behandlingen. Det var inte stort motstånd när vi började här i kommunen utan det var ju mer tvärtom det här att, självklart ska vi erbjuda det här självklart ska vi samarbeta. Men det var ju ett politiskt beslut, det var ju inget som någon inte vetat om.

På följdfrågan om det finns något fog för den här kritiken att klienterna kan komma över mediciner och fiffla med urinprover, svarar personalen inom psykiatrin:

Absolut, det är det, dom är ju bara människor dom här med. Samtidigt får man ha i åtanke här, om man tar nu en heroinist eller blandmissbrukare är dom mästare på att manipulera, ljuga, stjäla för att klara sin dag, har dom utvecklat en konst för att komma lindrig och enkelt undan som möjligt och det beteendet tar man inte bort över en natt bara föra att dom börjar med medicin. Självklart kollar vi vid urinprov, samtidigt är det här att kunna bygga en tillit gentemot dom, att vi någonstans litat på dom. Det bygger ju på ärlighet.

Vi gör ju allt för att det inte ska vara läckage på medicinerna, vi krossar ju våra mediciner när som ska ta dom och vi ser att dom tar medicinen och då blir det ju ännu svårare att smuggla undan piller. Man får aldrig gå långt att man kränker någon, man måste tänka på detta med värdegrund.

Ibland blir dessa patienter som offer, det står i tidningen om dom och i nästa stund går dom ut i tidningen och säger att det här programmet är jättebra och nästa vecka går man och tar ett återfall på benso eller röker hasch, då får man ju förklara för dom att nu får ju politikerna och andra vatten på kvarn. Ni gör ju precis som dom skriver. Då handlar det om att ta ett eget ansvar, ja men då ser ju dom på stan och han var ju full eller han var ju påtänd där inne på hemköp. Det blir ju ganska kört även om det är bara en fem, sex stycken som gör det, blir det ju alla.

Vad säger Beroendecentrumets socialhandläggare?

Motsättningen här beror ju på att hela kommunen är väldigt 12-stegsinriktad. Det är 12-stegsinriktat folk säger att Hudiksvall är en bra stad att tillfriskna i. Det finns otroligt mycket människor som är med i AA och självhjälpgrupper och allting.

Det pratas mera i medicinska termer numera, tidigare var det mycket tyckande och tänkande och olika ideologier. Att se LAB rent medicinskt utifrån forskning det har många svårt med. De säger det är ju läkemedelsföretag som sponsrar och annat säger de, men vad ska man tro på då, ska vi syna alla blodtrycksmediciner och allting då. Men kanske om tjugo år ser allting annorlunda ut. Det forskas ju hela tiden på beroendesjukdomar och det kommer nya mediciner.

Klienterna pratar mycket om mediciner och om att påverka dosen och byta mediciner, då kommer den bilden fram och hur mycket lyssnad de blir på sina argument. Klienterna blir själva starka fixerade vid själva medicinen vilket inte är konstigt eftersom det är en stor del av deras liv. Detta är inte konstigt men det visar också hur svårt det är.

Vi får inte glömma att dom här har hållit på med opiater, det dom vill ha ut av drogen och det opiater ger är otroligt mycket smärtlindring både fysiskt och psykiskt, det verkar som det här är en grupp som verkligen kan känna efter. Men det hör lite till problematiken litegrand eftersom allt man känner blir otroligt påtagligt.

Vad säger klienterna?

Det som skrivs i tidningar, jag har slutat lyssna på det, slutat läsa om det, det är ju skit, dom kan ju säga vad dom vill, vi kommer ju ändå inte att försvinna liksom. Vi finns ju kvar, sen kan dom tänka och tycka hur mycket dom vill. Men han som skrev i den här artikeln, det var hans personliga åsikter för IOGT har ju på riksnivå godkänt metdon och subutexprogrammet som behandling.

Här på beroendecenter har vi inte känt nåt men, där uppe på psyk känner man att en del personer, går man inte ihop med, och det är ju samma personer som ingen går ihop med. Vet inte om dom har allmänt dålig attityd eller för att dom inte mår bra själva helt enkelt, det är nog. Men det finns ju också de som är engagerade och som man kan prata med och som verkligen bryr sig om vad man säger.

Det är inte svårt att få subutexbehandlingen, det är väl bara två eller tre stycken som har fått avslag här utav alla som har sökt alltså, men det är ju inte många som har kriterierna här heller. Men det kan ta tid, bara och under den tiden kan ju vem som helst dö, i alla fall de som går på heroin. Visst dom

ska göra sin utredning men på vissa behövs ingen speciellt större utredning, det är ju bara att kolla sos eller vad som helst. Jag fick ju lämna in gamla urinprov från långt tillbaka i tiden fram till nutid, liksom och massa behandlingar och allt skulle vara verifieringsbart. Jag vet inte, dom kanske sappar på vissa. Det kommer in folk som inte fyller kriterierna liksom, det är ju inte många som har kriterierna som söker nu, dom som har det har ju redan kommit in. I dagsläget finns det ju inget heroin i stort sett. Det har ju aldrig funnits här uppe egentligen, periodvis kanske, fast det finns ju inte mycket av det i hela landet längre. Alla har ju sub i stället. Likaså i Finland, det är ju helt tomt och har ju ersatts utav sub.

Det kommer in unga som inte har fått chanserna tillräckligt, man kan inte här uppe som 20-åring ha ett långvarigt opiatmissbruk utan det skulle vara som det var tidigare, men det innebär inte att metadonbehandlingen i sig ska dömas ut. Men de som skriver i tidningen är inte insatt i hur det ser ut med själva behandlingen. Som efter vad man läser verkar det ju som om det bara kastas in folk och vem som helst får komma in, men är det ju inte.

I en insändare i HT lördagen den 18 maj 2009 skriver en klient bland annat:

Forskningen runt beroendesjukdom visar att beroendesjukdomen är en kallad hjärnskada. Det handlar om att våra endorfiner blir kidnappade. Resultatet blir ett drogsug. Glöm inte det handlar för oss flesta om liv och död. Även vi har våra grupper som vi går till, ledda av terapeuter. De har förstått det komplexa med beroende och har en ödmjuk människosyn.

7 Analys och resultat

Enligt den nyinstitutionella organisationsteorin har alla aktörer inom det organisatoriska fältet, som utgörs av projektet LMAB, sin egen institutionella logik, som är det egna synsättet och de föreställningar som varje organisation har enligt sitt regelverk, sin profession och kunskapstradition. Detta kan antingen leda till domänkonflikter eller domänkonsensus (Blom, Grape, 2006). I studien har jag kopplat den nyinstitutionella organisationsteorin till samverkan. Genom att beröra olika aspekter av samverkan, de olika roller som alla aktörerna har i ett samverkansprojekt, hur deltagarna upplever vilka problem eller hämmande förutsättningar som finns för samverkan och vilka gynnande faktorer eller förutsättningar som gör att samverkan fungerar, kan en djupare förståelse uppnås för de olika mekanismer som kan generera problem i samverkansprojekt, där ett antal olika aktörer från skilda människovårdande organisationer och omvärlden är inblandade.

Det denna studie visar är att det som generellt gäller för de flesta samverkansprojekt även gäller för LMAB-projektet. Även om samverkan fungerar bra finns det plats för förbättringar. Det kan tyckas att de gynnande förutsättningarna är betydligt färre än de hämmande förutsättningarna för samverkansprojektet. Det är det inte. Det hör till själva sakens natur att denna studie skall vara problematiserande och av den orsaken är fokus på att hitta problem.

7.1 Gynnande förutsättningar för samverkansprojektet LMAB

Några av de gynnande faktorerna för samverkan var enligt Danermark och Kullberg (1999) gemensamma mål och lokaler, samordnad administrativ ledning, lagarbete och klart definierade uppgiftsgränser. Detta är även något som karakteriserar LMAB-projektet. Det övergripande målet för LMAB-projektet var att genom samverkan mellan psykiatrin och socialtjänsten implementera LAB i kommunens reguljära verksamhet. Ser man till detta mål har projektet nått målet genom att LAB samordnats och blivit en del av beroendecenters verksamhet i lokalerna på Käppuddsgatan 4b i Hudiksvall. Det finns en klar och tydlig ledning av projektet genom en engagerad projektledare och mycket intresserade övriga deltagare, samt av alla deltagare, en mycket uppskattad överläkare. Samverkan mellan psykiatrin och socialtjänsten fungerar även den bra, mycket beroende på ett samverkansavtal som skrevs mellan psykiatrin och socialtjänsten som reglerar ansvar och uppgiftsgränser.

Danermark (2000) menar att hämmande faktorer och problem måste kunna diskuteras och att deltagarna i projektet måste kunna skilja på sak och person. Om bakomliggande orsaker till en del samverkansproblem klargörs och belyses kommer det med stor sannolikhet uppdagas att det nästan aldrig är någon enskild medarbetares fel att problem uppstår i samverkansprojekt. Om det finns en öppen kommunikation och fri dialog mellan projektdeltagarna i projektet finns stora förutsättningar att hantera problemen och att utveckla samverkansformerna. Att det mellan deltagarna finns en rak och öppen kommunikation framkom mycket klart i de olika intervjuerna. Detta kommer att bli en viktig gynnande förutsättning för fortsatt framgång för projektet.

7.2 Hämmande förutsättningar för samverkansprojektet LMAB

Några mycket viktiga förutsättningar för en bra samverkan är, enligt Danermark (2000) och Ineland (2006), att skillnader eller hämmande förutsättningar mellan de samverkande avseende synsätt, regelverk, ansvar, beslutsmandat och kunskapstradition samt omvärld identifieras och att dessa hämmande skillnader undanröjs eller om detta inte går, utveckla och hitta sätt att hantera dem. Det kan konstateras i denna studie att flera av de faktorer som verkar hindrande för samverkan enligt tidigare forskning, även gäller för LMAB-projektet. För att åskådliggöra några av de hämmande faktorerna för samverkan sammanfattar jag resultatet i en matris. Det kan naturligtvis vara fler faktorer än de som jag har tagit upp och matrisen kan kompletteras eller ändras.

| Aktör | Regelverk | Beslutsmandat | Ansvar | Synsätt | Kunskaps-tradition |
|---|---|---|---|---|----------------------------|
| Personal inom Psykiatri | HSL (SOSFS 2004:8(M) SekrL | Litet | Begränsat till specifika arbets-uppgifter | Psykodynamiskt Biopsykosocialt Medicinskt | Psyko-dynamiskt Medicinskt |
| Överläkare på Psykiatri | HSL (SOSFS 2004:8(M) SekrL | Mkt. stort | Mkt. stort | Medicinskt Biopsykosocialt | Medicinskt |
| Social-sekreterare Beroendecentrum | Socialtjänst-lagen (SOSFS 2004:8(M) SekrL | Stort, men kan vara Indirekt mkt. stort | Stort | Psykosocialt Biopsykosocialt | Helhetssyn Heterogent |
| Klienter | Individuellt, oftast kriminellt | Mkt. litet | Stort individuellt ansvar | Personlig erfarenhet på liv och död | Har ingen |
| Omvärld (12-stegsriktade) | Personliga värderingar | Litet, men kan vara indirekt stort | Litet | Oftast nolltolerans | 12-stegs-metoden |

Figur 1:2 är av författaren konstruerad matris av faktorer som är hämmande för samverkan, idébaserat på Danermarks tabell (2000, s. 51).

7.2.1 Kommentarer till matrisen

Matrisen har ingen ambition att försöka förklara komplexiteten i samverkan utan denna mycket förenklade matris är ett försök att illustrera resultatet av några av de identifierbara skillnader och hämmande förutsättningarna för samverkansprojektet LMAB.

Personal inom psykiatri

Psykiatri är styrd av HSL som är en ramlag och som är detaljreglerad. Vårdansvaret sträcker sig till när en patient anses vara medicinskt färdigbehandlad. Personalen inom psykiatri har bland annat ett psykodynamiskt synsätt och en medicinsk kunskapstradition. Personalen inom psykiatri ser likheten mellan klienterna i projektet och med människor som har psykiska sjukdomar, som bland annat har ett självskadebeteende, där klienten får ta konsekvenser för sitt handlande och ta ett större personligt eget ansvar. Å andra sidan har de ett medicinskt/biologiskt synsätt som innebär att klienterna har en sjukdom som är biologiskt orsakad, vilket i sin tur ger upphov till specifika förändringar i beteendemönstret hos

människor med långvarigt missbruk av opiumrelaterade droger. Till detta har de även till stor del anammat socialtjänstens socialsekreterares psykosociala synsätt och ser klienternas problem som heterogent och i sin helhet där samverkan med klienten är i fokus samt med stora inslag av personliga värderingar och individuella bedömningar. Personalen inom psykiatrin har ett mycket begränsat ansvar som är knutet till specifika arbetsuppgifter och deras beslutsmandat är litet. Detta ansvar är inte mindre viktigt, som framkommit i studien, med tanke på sådana risker med att medicin läcker ut och kontroll av sidomissbruk hos klienter genom urinprov. Personalens intresse och engagemang i projektet gör att de tar ett större ansvar, trots att det inte är ålagt dem, när de har ett femton minuters samtal med varje klient vid medicinutdelning. De är inte riktigt nöjda med att läkaren fattar beslut på egen hand utan anser att det skulle behövas en insats till för att utjämna maktbalansen. I övrigt är de mer positiva nu än tidigare eftersom de tycker att de blir bättre lyssnade på av både läkare och socialsekreterarna.

Överläkare inom psykiatrin

Överläkaren i projektet blev inte intervjuad i denna studie och hans synsätt kan vara svårt av den orsaken att spekulera om, men traditionellt sett har psykiatrins problemområde renodlats och gäller i huvudsak diagnostisering och behandling i och med psykiatrireformen 1995. Alla andra insatser för patientgruppen, som psykosociala stödåtgärder ligger på socialtjänstens ansvar. Något som kom fram i 363-projektet (Petersson & Karlson, 2008) var att det medicinska synsättet och kunskapstraditionen existerar tillsammans med det biopsykosociala perspektivet, vilket präglas av synen på psykiatri/missbruksproblematik som ett problem man endast kan förstå utifrån ett mångfaktoriellt synsätt. Verksamheten är styrd av HSL som är en ramlag men som är detaljreglerad. Vårdansvaret sträcker sig till när en patient anses vara medicinskt färdigbehandlad. Verksamheten blir på detta vis sjukdomsorienterad vilket något schematiskt kan uttryckas i termer av undersökning, diagnos, behandling och åtgärd. Läkarprouffessionen har en mycket stark maktställning och trots ständiga målsättningar att beslut om LAB om möjligt skall ske i samråd med övriga samverkansparters, är detta ett villkorat samråd, eftersom läkaren har rätten att definiera situationen och fattar beslut på egen hand om vilka klienter som skall få var med i programmet eller vilka som inte ska det. Överläkarens ansvar och beslutsmandat är mycket stort jämfört med andra deltagare i projektet. Att det är på lika vis i LMAB- projektet blir bekräftat av både personalen på psykiatrin och av socialsekreterare på beroendecentrum.

Socialsekreterare på beroendecentrum

Socialtjänstlagen (SoL), som reglerar socialtjänstens och missbruksvårdens arbete är en ramlag som innebär att den enskilde medborgarens rättigheter inte finns specificerade i detalj. Socialhandläggarens utredning, beslut och insatser är underställt politiken, dvs. alla beslut bygger på att delegation att fatta beslut har erhållits. Socialstyrelsen har kommit med direktiv och föreskrifter för hur LAB behandlingen skall fungera. Direktiv, föreskrifter och riktlinjer som framgår i SOSFS 2004:8 samt handboken från 2006, som mer i detalj ger kommentarer till föreskrifterna och riktlinjerna. Å andra sidan finns socialsekreterares psykosociala synsätt där klienten är i fokus och med stora inslag av personliga värderingar och individuella bedömningar som styr tolkningen av lagar, föreskrifter och direktiv. Samtidigt är Socialtjänstens och socialsekreterarens ansvarsområde mycket mer omfattande än hälso- och sjukvården och andra myndigheters. Socialtjänsten har ingen annan myndighet dit de kan remittera ärenden de inte anser sig ha resurser för, utan de har det yttersta ansvaret för alla sociala problem, sociala frågor och även ansvaret för människor med långvarigt missbruk av alla slags droger, även opiumrelaterade droger, som rör kommunen. På vis finns här finns en

risk att socialsekreterare kommer i en korstryckssituation genom kraven att hitta en behandlingsform för människor med tungt drogmissbruk i kommunen är stort, samtidigt som kriterierna för LAB utredningen skall följas. Det finns människor med olika slags drogmissbruk som också sätter stor press på socialsekreterarna att få komma med i programmet. Dessa har oftast ett blandmissbruk och de ser underhållsbehandlingen som ett sätt att lösa deras livssituation. Allt detta sammantaget ökar risken att fel personer kommer med i programmet. Som personalen inom psykiatrin uttryckte det:

Men lite kritisk mot det här med bättre verktyg till kontroll av ASI-utredningarna, exempelvis har vi rätt patienter inne? Är han verkligen berättigad till det här, fyller han verkligen kriterierna?

Att det går att fuska sig in i programmet säger klienterna själva:

Men det är ju att alla spär ju på lite för att få komma in också och det är ju inte lätt för alla och såna här (socialsekreterare) och se. För oss skulle det ju inte kunna någon och ljuga, men det är ju lättare att ljuga för en socialassistent och läkaren går ju bara efter den ASI:n dom gör. Kan du manipulera socialsekreteraren har du ju fått det liksom.

Detta gör att socialsekreterarna har ett stort ansvar att utredningarna görs efter föreskrifter och direktiv eftersom det är deras utredning som ligger till grund för överläkarens beslut. Men det är inte socialsekreterarna som fattar besluten. När det gäller beslutsmandatet har inte socialtjänsten samma inflytande över besluten som psykiatrins överläkare har. Det råder stor skillnad i status mellan de olika professionerna eftersom det är sjukvården och läkarvetenskapen som har ett tolkningsföreträde i frågor som rör beslut och inriktning för LAB. Det är förvisso socialhandläggarna som gör utredningen, men psykiatrins överläkare som tar beslutet om klient skall antas till LAB behandlingen eller om klienter inte skall få vara kvar i behandling. Å andra sidan fattar läkaren beslut efter vad som kommer fram i ASI-utredningen och därigenom finns möjlighet att socialsekreterarna indirekt kan få ett mycket stort beslutsmandat.

Klienter

Den psykosociala delen fungerar inte fullt ut enligt klienterna. De fick ta ett stort ansvar för detta, enligt vad de själva berättade. De fick även ta ett stort ansvar för att skaffa boende, utbildning och sysselsättning. Men det tyckte de i och för sig var bra eftersom de menade att alla människor behöver ta eget ansvar. Men det var ju lite olika från person till person, eftersom en del behöver mer hjälp och andra mindre hjälp. En del blir bara liggande hemma och kommer sig inte för att ens ringa ett telefonsamtal. Alla skall ju ta sitt eget ansvar men det är ju inte alla som kan det. Arbete och lägenhet får klienterna för det mesta fixa själva och har de ingen lägenhet får de inte komma med i programmet, enligt vad de berättade. Å andra sidan säger socialsekreterarna att så är det inte, alla som blir beviljad programmet ordnar kommunen även boende för om klienten inte har eget boende. Men det kan innebära att någon under en period bor hemma hos till exempel föräldrar i väntan på boende.

Den övergripande uppfattningen som klienterna har är att deras inflytande eller beslutsmandat är mycket litet, men klienterna gör vad de kan för att göra sin röst hörd. Något klienterna inte var nöjda med var medicineringen, som det var ett stort fokuserande kring. Det handlade i stort sett om att det var fel dos eller fel sort. De flesta var inte nöjda med att de fick träffa läkaren så sällan. Flera av klienterna hade inte träffat läkaren på över ett år. En av orsakerna var nog, enligt klienterna, att läkaren hade samma tid nu för 25 stycken klienter som han hade i början av programmet då endast 6 stycken klienter var med.

Omvärld

En fråga i sammanhanget som inte går att undvika, även om det är kontroversiellt, är hur detta motstånd och skeptiska inställning av LMAB-projektet hos många är hämmande för samverkansprojektet? Enligt Ineland (2006) är organisationer öppna system som är känsligt för rådande normer i samhället och därför påverkas organisationer av föreställningar som finns i dess omvärld. Det väcks starka personliga känslor hos många människor när underhållsbehandling av långvarigt opiatmissbruk kommer på tal. Det finns de som anser att denna behandling är felaktig. Detta beror bl.a. på ideologiska diskrepanser och att det finns en stark tradition av behandlingsmetoder som förespråkar nolltolerans mot droger, som 12-stegsmetoden. En del menar att underhållsbehandling är ett fortsatt missbruk. Det finns även de som är skeptiska och kritiska mot att forskningen gällande läkemedelsassisterad underhållsbehandling verkligen är evidensbaserad. Det höjs även röster att det finns företeelser som inte fungerar bra när det gäller underhållsbehandlingen. De antyder att dessa underhållspreparat kommer ut till försäljning på gatan av de som är deltagare i programmet, att fel personer blir inskrivna i behandlingen och att dödligheten ökar för de som är deltagare i dessa program.

Åter andra anser att dessa människor, som är i ett utanförskap och som är marginaliserade i vårt samhälle, själva skall få välja vilken behandling de vill ha eftersom de inte ser någon annan väg ut ur sitt opiatmissbruk än läkemedelsunderhållsbehandling. För många av dessa människor är det en fråga om liv och död. Det är deras sysätt och deras verklighet. En bidragande orsak till att det är hög dödlighet för människor i opiatmissbruk kan vara att LAB är strikt reglerat av Socialstyrelsen, som bl.a. begränsat tillgången på behandlingsplatser, samt att målet i vissa program är att upphöra med medicineringen, vilket gör att återfallet i missbruk blir högt. Lägg därtill att denna grupp i stor utsträckning saknar adekvata boendeformer, sysselsättningsåtgärder och öppenvårdsprogram, som inte gör saken lättare för dem.

Det ena behöver inte utesluta det andra även om metoderna inte är likvärdiga. Erfarenheten visar att 12-stegsmetoden har haft viss framgång i att hjälpa människor tillbaka till ett drogfritt liv. Vetenskapliga studier har visat att sjuklighet och dödlighet hos patienter i underhållsbehandling minskar dramatiskt. Om aktörer i de olika organisationerna och i organisationers omvärld respekterar varandras institutionella logik; olika kunskapstraditioner med konkurrerande synsätt på hur problem kring klienter skall lösas, ökar förutsättningarna för samförstånd och samarbete. Om alla aktörer försöker öka sin kunskap om missbrukarvården som helhet, vilket ansvar de olika huvudmännen har och skillnader i resurser och uppdrag samt kommunicerar med varandra, finns stora möjligheter att samverkan kan utvecklas och förbättras, även med projektets omvärld.

7.3 Slutord

Vanliga problemen i samverkan, mellan olika människovårdande organisationer, är att olika lagar, regelverk, kunskapstraditioner, professioner skapar olika makt och status när det gäller ansvar, beslutsfattande samt under vilka premisser arbetet skall utföras. Detta är något som även kan urskiljas i LMAB-projektet. Även om samverkan fungerar bra finns en del problem under ytan. Till exempel finns skillnader i synsätt mellan psykiatrin och socialtjänsten. Ett sätt som det visar sig i är att det verkar finnas olika uppfattningar om vem som skall ha beslutsmandat om en klient skall få komma med i programmet eller om klienter skall skrivas

ut ur programmet. Personalen på psykiatrin lägger ett stort ansvar på socialsekreterarna och kritiska röster hörs även att ASI-utredningarna inte skulle vara enligt föreskrifter. Å andra sidan har socialsekreterarna inte något som helst beslutsfattande om vilka klienter som skall komma med i programmet eller uteslutas eftersom det är överläkaren på psykiatrin som har tolkningsföreträde och är den som tar besluten. Socialsekreterarna tycker samtidigt att personalen på psykiatrin har vissa brister när det handlar om om helhetssyn, bemötande, tillgänglighet och synen på brukarinflytande. Här kanske projektdeltagarna behöver förtydliga vilka roller och ansvarsområden alla har, vilka som skall fatta besluten och under vilka premisser arbetet skall ske.

Sett ur traditionell organisationsteori hur projektorganisationer skall styras är inte samverkan bara ett ansvar för projektgruppen. Den politiska och administrativa ledningen i berörda organisationer har ett stort ansvar att ta ställning för och styra samverkan. Om inte samverkan stöds på ledningsnivå kommer den bara att fungera kortsiktigt. Det handlar inte om att detaljstyra verksamheten utan om att ta ansvar för de stora och viktiga frågorna och att utveckla helhetslösningar som fungerar. Att tillsammans mellan alla deltagare; projektledare, socialsekreterare, överläkare och personal på psykiatrin se över samarbetsavtal och arbetsformer, samtidigt som klienternas behov alltid står i centrum samt hänsyn tas till omvärlden. Ledningsansvar kan även handla om att det finns rätt kompetens i projektgruppen och att rätt personer har rätta roller och arbetsuppgifter (Lind & Skärvad, 2004; Wisén & Lindblom, 2004).

Det är även viktigt för dess människovårdande organisationer att ha trovärdighet och legitimitet för att få förtroendet att fortsätta driva samverkansprojektet och för att få ett handlingsutrymme enligt Ineland (2006). Detta innebär att det ligger ett stort ansvar på alla deltagare i LMAB-projektet att se till att inte tumma på socialstyrelsens föreskrifter och riktlinjer, utan det är angeläget att aktiviteter utförs enligt klara procedurer och metoder, av den orsaken att i förlängningen kan omvärldens legitimitet vara avgörande för verksamhetens fortsatta överlevnad. Vi får inte glömma bort att det i första hand inte handlar om verksamhetens fortsatta överlevnad utan att det är en fråga om människors liv och död. Det vore tragiskt om människor dör i förlängningen på grund av brister i verksamheten eller för att ideologiska låsningar ska ligga till grund för att gå emot evidens och beprövad vetenskap. Som det framkommer i statens offentliga utredningar (SOU 2005:82, s. 11) är det principen *individ i centrum* som skall vara styrande för hur vården organiseras och utförs, även för människor med långvarigt missbruk av opiumrelaterade droger.

Min förhoppning med denna studie är att åtminstone några tankar har väckts som är till generell hjälp i frågor kring samverkan och att några frågor blivit besvarade avseende samverkansprojektet LMAB och LAB. Att de hämmande skillnaderna som stör samverkan till viss del blivit identifierade och att studien kan vara till underlag för att de undanröjs eller om detta inte går, sätt att hantera dem utvecklas hos deltagare och omvärld.

Några förslag till ökad kunskap för att utveckla samverkan framkom under intervjuerna. Genom att deltagarna har olika referensramar kan gemensam utbildning om exempelvis frågor om; vad är konsekvenser och vad är straff, frågor om vad är klienternas personliga ansvar och hur stort ansvaret skall vara och frågor som handlar om etik och moral, vara en väg att gå för att skapa en genuinare domänkonsensus och ett vidare gott samverkansklimat.

En viktig faktor att ha i åtanke är att samverkan är en process som tar tid. Det är viktigt att det också får ta tid därför att det handlar om *underhållsbehandling på liv och död* för människor.

Referenser

Litteratur

Alvesson, M & Skoldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion – vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Studentlitteratur

Boström, M. M.fl. (Red.), (2004). *Den organiserade frivilligheten*. Malmö, Liber.

Byström, J. (2003). *Grundkurs i statistik*, Bokförlagen natur och kultur

Danermark, B. (2000). *Samverkan – himmel eller helvete? En bok om den svåra konsten att samverka*, Lund, Förlagshuset Gothia

Danermark, B & Kullberg, C. (1999). *Samverkan – Välfärdsstatens nya arbetsform*, Lund, Studentlitteratur

Ejvegård, R. (2003). *Vetenskaplig metod*, Lund, Studentlitteratur

Enquist, A. (1996). *Om konsten att samtala*, Rabén Prisma

Goldberg, T. (2005). *Samhället i narkotikan*. Solna, Academic Publishing of Sweden

Grape, O, Blom, B, Johansson, R, (Red.), (2006). *Organisation och omvärld - nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*, Lund, Studentlitteratur

Grape, O. (2006). Domänkonsensus eller domänkonflikt? – integrerad samverkan mellan myndigheter. I Grape, O. m.fl. (red.), *Organisation och omvärld - nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*, Lund, Studentlitteratur

Grape, O. & Blom, B. (2006). Nyinstitutionalism - teori med stor potential. I Grape, O. m.fl. (red.), *Organisation och omvärld - nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*, Lund, Studentlitteratur

Hansson, J-H. (1993). *Organizing normality. Essays on organizing day activities for people with severe mental disturbance*. Linköpings universitet, Tema Hälso- och sjukvården I samhället. Linköping Studies in Art and Science 88. (Avhandling)

Heap, K. (1995). *Samtal med äldre*, Liber utbildning AB

Ineland, J. (2006). Konst, funktionshinder och frågan om legitimitet – om nya domänanspråk på handikappfältet. I Grape, O. m.fl. (red.), *Organisation och omvärld - nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*, Lund, Studentlitteratur

Johansson, R. & Grape, O. (2006). Ytterligare en svensk Nyinstitutionalism? I Grape, O. m.fl. (red.), *Organisation och omvärld - nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*, Lund, Studentlitteratur

Johnson, B. (2005). *Metadon på liv och död. En bok om narkomanvård och narkotikapolitik i Sverige*. Lund. Studentlitteratur

Jonsson, K. (2006). Idéspridning och kunskapskultur – exemplet socialt arbete i Sverige. I Grape, O. m.fl. (red.), *Organisation och omvärld - nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*, Lund, Studentlitteratur

Kozes, J. M. & Mico, P, S. (1979). *Domain theory: An introduction to Organizational Behaviour in Human Service Organizations*. The Journal of Behavioural Science, 15. (Refererad i Olsson, E. 1988)

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Studentlitteratur

Lind, J-I. & Skärvad, P-H. (2004). *Nya team i organisationernas värld*, Liber ekonomi

Olsson E. (1988). *Förändring och konflikt. Om mellanmännsliga processer i en vårdorganisation*. Lund, Studentlitteratur

Sandberg, H. (2006). *Det goda teamet*, Författaren och Studentlitteratur

Sunesson, S. (1974). *Politik och organisation. Staten och arbetarklassens organisationer*. Lund, Arkiv Förlag

Sunesson, S. (1981). *Byråkrati och historia. Fem studier i politik och organisation*. Lund, Arkiv Förlag.

Sunesson, S. (1989). *Evaluering av center for social utvikling – elsket menforladt*. København, Center for sosial utvikling. (Refererad i Hansson, J-H. 1993)

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*, Studentlitteratur

Wisén, J. & Lindblom, B. (2004). *Effektivt projektarbete*, Nordstedts Juridik

Publikationer/Rapporter

Kosten TR, et al; *The neurobiology of opioid dependence: implications for treatment*. NIDA Science & Practice Perspectives, 2002

Nationalencyklopedin, 2009

Petersson, F & Karlson, T; *Opiatmissbrukare i läkemedelsassisterad underhållsbehandling. En rapport om 369-projektet, samverkansprojekt mellan beroendesjukvård och socialtjänst i Göteborg*, Göteborgs Stad Grafiska Gruppen, januari 2008

Sjölander, J & Johnson, B; *Tillgänglighet till läkemedelsassisterad underhållsbehandling i fyra sjukvårdsområden – Västra Götalandsregionen, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting och Västernorrlands landsting*, Malmö Högskola, 2007

Socialdepartementet, (SOU 2005:82), *Personer med tungt missbruk. Stimulans till bättre vård och behandling*, Stockholm, 2005

Socialstyrelsen; Faktaunderlag till nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård april 2006

Socialstyrelsen; *Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende (SOSFS 2004:8)*, Grafikerna Livréna i Kungälv, 2004

Socialstyrelsen; *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*, Bergslagens grafiska AB, Lindesberg, 2007

Socialstyrelsen; *Samverkan för individen. Samverkan inom rehabiliteringsområdet.*(Andra lägesrapporten 1999:4), Stockholm, 1999,a

Socialstyrelsen; *Underhållsbehandling vid opiatberoende. Handbok med kommentarer till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:8) om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende*, april 2006

Socialtjänstlagen, (2001:453) 9§

Vetenskapsrådet; *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*, 2002



Landstinget Gävleborg
Psykiatriska mottagningen, Söderhamn
Lars Åke Björklund, öl

Söderhamn den 25 februari 2008

LÄKEMEDELSASSISTERAD BEHANDLING VID OPIATBEROENDE INOM LANDSTINGET GÄVLEBORG

Verksamheten ska följa Socialstyrelsens riktlinjer som det framgår i SOSFS 2004:8 samt handboken från Socialstyrelsen från april 2006 som ger kommentarer till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Här finns i detalj beskrivet hur, var och när behandling ska och kan ske.

Syfte med programmet är att en person med opiatberoende ska kunna leva ett liv med eller utan läkemedel, utan missbruk och förhindra återfall och minska personens sjukdom och minska risken att dö. Personen skall kunna erhålla god hälsa, skaffa sig stabila sociala förhållanden med sysselsättning, ordnat boende, stabil ekonomi, drogfritt socialt nätverk och ha en frånvaro av kriminalitet. Förutom den läkemedelsassisterade behandlingen ska det också finnas en social planering och en planerad återfallsprevention. Programmet ska följa vad som idag är *vetenskap och beprövad erfarenhet* inom behandlingen av opiatberoende missbrukare.

Landstinget Gävleborg har hittills köpt den läkemedelsassisterade behandlingen från Metadonprogrammet i Uppsala. För att få en effektivare samverkan mellan framför allt kommunen och psykiatrin men också med andra intressenter som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Polisen mm så avser programmet få till stånd en behandling på hemmaplan.

En helhetssyn på personens missbruk, hälsotillstånd och sociala situation ska beaktas. En samverkan mellan olika kompetenser ska ske.

Målgruppen för den läkemedelsassisterade behandlingen är personer som är minst 20 år, har ett dokumenterat opiatberoende (ska uppfylla villkoren enligt DSM IV) sedan minst 2 år och har en frånvaro av sidomissbruk. Personen ska delta i verksamheten frivilligt och det krävs en obligatorisk kontakt med socialtjänsten.

Verksamheten kommer att innebära ett samarbete mellan psykiatrin och kommunens socialtjänst. Verksamheten har startat i Hudiksvall. Nordanstigs och Ljusdals kommuner kommer att kontaktas och om möjligt ingå i samma koncept som Hudiksvalls kommun. I Söderhamn pågår en planering mellan psykiatrin och socialtjänsten. I Gävle återstår att åstadkomma en överenskommelse med kommunen och det är tänkt att Hofors och Sandviken ska kunna vara med på samma koncept. I dagsläget finns inget planerat för Bollnäs och Ovanåker.

Vad gäller den konkreta läkemedelsbehandlingen kommer Suboxone behandling i första hand att erbjudas, i andra hand Subutex och i sista hand Metadon behandling. Syftet med detta är att minska riskerna för att läkemedlen används på ett felaktigt sätt.

Team. Från psykiatrins sida kommer tillsvidare överläkare Lars Åke Björklund att vara den ansvarige läkaren men i ett senare skede blir även andra läkare med specialistkompetens i psykiatri inom landstinget aktuella. På respektive ort ska det finnas ett team som från psykiatrins sida består av minst en intresserad sjuksköterska och en till två intresserade skötare. Från kommunens sida ska minst två socialsekreterare från socialtjänsten ingå. Gruppen som bildas från både kommunen och psykiatrin ska kallas opiatgruppen.

Förloppet inom den planerade verksamheten planeras för *Hudiksvall* enligt följande när det gäller ej tidigare aktualiserade klienter:

1. Remissväg finns för att bli aktuell inom psykiatrin. Då en remiss inkommer till psykiatriska kliniken från remittent kallas klienten till ett informationsmöte. Detta möte sköts av en representant från psykiatrin och en från socialtjänsten. Representanterna som håller i träffen ska vara från den gemensamma opiatgruppen. Det kan bli aktuellt att även andra befattningshavare deltar (ex insatt socialsekreterare, sjuksköterska som känner till klienten). *Mötet hålls som regel vid rummet utanför avdelning 10.*
2. Dessa informerar klienten om hur behandlingen är planerad. Om klienten har förmåga tillgodogöra sig information om aktuell behandling och kan lämna ett samtycke till vår planering så får klienten ansöka om att få delta i den läkemedelsassisterade behandlingen.
3. Behandlingen inleds med en högst 2 månader lång utredningstid där klienten skall lämna urinprov 1-3 gånger i veckan *vid Kompaniet* och en missbruksutredning påbörjas. Det ska också genomföras en ASI (addiction servity index)-intervju för att utröna klientens hjälpbehov. Denna utredning genomförs av socialtjänsten.
4. Vid den regelbundet genomförda opiatronden överlämnas resultaten från urinproven och utredningen till den ansvarige överläkaren. Därefter följer endera vid samma rond eller vid nästföljande rond en specialistläkarbedömning där även en handläggare från kommunens socialtjänst deltar. Klienten ska informeras om förfarandet vad gäller den samordnade bedömningen. *Från kommunens sida är det soc.sekr Maria Lövgren eller soc.sekr. Camilla Ström som deltar.*
5. Beslut om den sökande kan antas till den läkemedelsassisterade behandlingen tas som regel en vecka efter bedömningsmötet. Beslutet ska vara baserat på intagningskriterierna och en övergripande bedömning av den sökande och dennes situation.
6. Om beslutet är behandling så ska klienten acceptera och underteckna ett kontrakt där de väsentligaste detaljerna i planeringen ingår. Här krävs noggrann information om de villkor som gäller.
7. Läkemedelsinsättningen sker sedan endera via inläggning vid avdelning 10 i Hudiksvall (mest aktuellt om behov av abstinensbehandling finns) alternativt en *poliklinisk insättning där hämtningen sker vid avdelning 10.* För nyinsättningar är planeringen att hämtning av mediciner ska pågå under 6 månader. Urinkontroller förekommer regelbundet som regel 1-3 gånger per vecka eller vid behov.

8. Om komplicerande faktorer finns ska hjälp tas via Metadonprogrammet i Uppsala som både kan ge konsultation eller i särskilt svåra fall ta över insättningen av behandlingen.
9. För varje klient ska en vårdplan upprättas där syftet med behandlingen ska framgå. Även ansvarig läkare, ansvarig handläggare, behov av medicinska åtgärder, behov av omvårdnad, psykiatrisk bedömning, behov av sociala insatser, mål för sociala insatser och utvärdering ska finnas med. Patienten ska också samtycka till ett utlämnande av uppgifter så att det inte finns sekretess mellan landsting och kommun. Vårdplanen ska förnyas minst en gång per år.
10. Delningen av mediciner ska ske i enlighet med föreskrifterna i SOSFS 2004:8 *Regelbunden "opiatronder" ska ske i anslutning till avdelning 10* där förutom ansvarig läkare det team som bildats av psykiatrin och kommunens personal deltar. Utvärderingen av de genomförda insatserna sker i första hand inom teamet men en mer generell utvärdering av programmet sker med fördel av utomstående med erfarenhet av liknande program.

Övertagning av klienter från Uppsala Metadonprogram

Övertagning av klienter som redan är behandlade med läkemedel ska ske successivt och i samverkan med ansvariga för Metadonprogrammet i Uppsala. Läkemedelsbehandlingen ska då kunna fortsätta utan avbrott men istället för att vända sig till Uppsala får det läkemedelsassisterade team som bildats ansvara för uppföljning och utvärdering. När man på detta sätt tas med i programmet så sker detta vid en opiatronder. Information från Metadonprogrammet i Uppsala ska finnas tillgängligt. Detta ger en god möjlighet till en bra uppföljning under förutsättning att samarbetet mellan kommun och landsting tillåts fungera. Kontraktet med klienterna ska vara detsamma som för dem som nyinsätts på behandling. Medicinhämtningsplats kan komma att ändras *till avd 10* så att vi kan koncentrera antalet utlämningsställen och att den behandlande personalen ska få god kännedom om klienten.

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

Hur länge har ni arbetat här?

Vilken utbildning har ni som arbetar här?

Vilka arbetsuppgifter ingår för er?

Vilka olika personer (aktörer, organisationer) kommer ni i kontakt med i programmet?

Temafrågor

Hur och när samverkar ni med övriga deltagare?
(struktur, rutiner, samverkansdokument etc.)

Är ansvarsfördelningen tydlig, vem som ska göra vad?

Lyssnar andra professioner på vad ni säger?

Vilket inflytande har ni som personal?

Vem är det som bestämmer om konflikter uppstår?

Upplever ni att olika lagar och regelverk påverkar samverkan?

Upplever ni att olika synsätt och kunskapstraditioner påverkar samverkan?

Hur upplever ni den ideologiska debatten som förs angående underhållsbehandling?

Vilka problem kan uppstå? Skall något göras på något annat sätt? Går något att utvecklas? Får ni den hjälp ni behöver?

Intervjufrågor klienter

Hur länge har ni varit i programmet?

Hur fungerar det med bostad, arbete och sysselsättning?

Vilka olika personer (aktörer, organisationer) kommer ni i kontakt med i programmet?

Hur upplever ni att samverkan fungerar i programmet?

Lyssnar andra på vad ni säger?

Vilket inflytande har ni som klienter?

Hur upplever ni den ideologiska debatten som förs angående underhållsbehandling?

Vilka problem finns? Skall något göras på något annat sätt? Går något att utvecklas? Får ni den hjälp ni behöver?