



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Socionomprogrammet

”De vill ha LARO”

**Missbrukshandläggares upplevelser av att arbeta med
opiatberoende klienter**

Författare: Charlotta Modig
Handledare: Kari Jess
Examinator: Ulla-Karin Schön
Ämne/huvudområde: Socialt arbete
Kurskod: SA 2020
Poäng: 15 HP
Examinationsdatum: 2017-04-28

FÖRORD

*Jag är sexton år
Jag är platsen dom aldrig upptäckte
Jag är en storm från ingenstans
Jag kan krossa ditt hjärta*

*Som en orkan kan jag svepa bort dig
Men jag tänker aldrig dö, nej
Det kommer aldrig va över för mig*

*Jag kommer älska dig när jorden gått under
För jag tänker aldrig dö, nej
Det kommer aldrig va över för mig*

*Jag är tjugofyra
Bara en liten gnista
Bara ett ord kan sätta eld på en skog*

*Jag kan älska dig just som den där elden
Men jag tänker aldrig dö, nej
Det kommer aldrig va över för mig*

Håkan Hellström

TACK ALLA ni som stöttat, hejat på och funnits där under min utvecklande resa – för er kärlek och ert tålamod. Speciellt tack till min mamma som ställt upp och funnits där som mormor så att jag kunnat få tid att studera.

Tack till er respondenter som bidragit till den här studien, det är ni som gjort den möjlig!

Tack min handledare Kari Jess för fin vägledning genom hela arbetet.

Mina älskade döttrar

Ni är världens bästa tjejer som med stort tålamod väntat. Nu är det vår tid!

Falun 2017-04-28

Charlotta Modig

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag medger publicering i fulltext (fritt tillgängligt på nätet, open access):

JA

NEJ

Högskolan Dalarna – SE-791 88 Falun – Tel 023-77 80 00

Sammanfattning

Opiatberoende är ett allvarligt och svårt tillstånd och narkotikadödligheten i Sverige är mycket hög. Syftet med denna studie är att skaffa kunskap om och belysa hur missbrukshandläggare inom socialtjänsten i Dalarna ser på sitt arbete med personer med opiatberoende i relation till att behandlingsformen LARO ligger hos en annan huvudman. En kvalitativ studie har genomförts där missbrukshandläggare från fem olika kommuner i Dalarna har intervjuats. Det empiriska materialet har sedan analyserats i relation till tidigare forskning inom området samt teorier om domäner och professioner. Slutsatsen av studien visar att missbrukshandläggare i Dalarna upplever en del svårigheter i sitt arbete med opiatberoende klienter utifrån att det är två aktörer inblandade i att hjälpa dessa. Bland annat är långa köer till LARO samt svårigheter att få igenom tvångsvård för klienter som står i kö till eller är inskrivna på LARO problem som kan innebära en risk för klienternas liv.

Nyckelord: Opiatberoende, LARO, missbrukshandläggare, samverkan, professioner, domäner, aktörer

Abstract

Opiate addiction is a serious and difficult condition and drug mortality in Sweden is very high. The purpose of this study is to acquire knowledge and illustrate how staff working with drug addiction in social services in Dalarna look at their work with people with opiate addiction in relation to the fact that MAT lies with another operator. A qualitative study has been carried out where social workers who works with drug addiction from five different municipalities in Dalarna have been interviewed. The empirical data were analyzed in relation to previous research on the area and the theories of domains and professions. The conclusion of the study shows that the social workers in Dalarna experiencing some obstacles in their work with clients with opioid dependence since it is two operators involved. For example, the long queues to MAT and difficulties to get through forced addiction care were issues that may be a risk for clients lives.

Key words: opiate addiction, MAT, social worker, collaboration, professions, domains, operators

Innehåll

1. Inledande avsnitt	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Syfte och frågeställningar	3
1.2.1 Syfte.....	3
1.2.2 Frågeställningar	3
1.3 Studiens relevans för en evidensbaserad praktik.....	3
1.4 Centrala begrepp.....	4
1.4.1 Missbrukare, opiatmissbrukare eller opiatberoende.....	4
1.4.3 Opiatberoende.....	5
1.4.4 LARO-behandling	6
1.4.5 Tolvstegsbehandling.....	6
1.5 Disposition.....	7
2. Forskningsbakgrund	8
2.1 Hur ser samhället på opiatberoende och vad som är den bästa metoden för hjälp?	8
2.2 LARO – den främsta behandlingen vid opiatberoende	10
2.3 Samverkan kan rädda liv	11
2.3 Sammanfattning.....	13
3. Teoretiska utgångspunkter	15
3.1 Domäner och professioner	15
4. Metod	19
4.1 Metod och design.....	19
4.2 Population och urval.....	19
4.3 Datainsamlingsmetod	20
4.5 Databearbetning och analys.....	20
4.6 Tillförlitlighet och äkthet.....	20
4.6.1 Tillförlitlighet	21

4.6.2 Äkthet	21
4.7 Etiska överväganden.....	22
4.8 Kritisk metodologisk reflektion.....	23
5. Resultat.....	24
5.1 Opiatberoende – en svår grupp att jobba med.....	25
5.2 Opiatberoende personer - exkluderade och illa bemötta av samhället	25
5.3 Opiatberoendet ökar, särskilt bland unga.	26
5.4 Fler vill ha LARO.....	27
5.5 LARO skapar frågor och leder till diskussioner.....	27
5.6 LARO – lång och frustrerande väntan.....	28
5.7 LARO kontra LVM	29
5.8 Landstinget och läkaren sätter villkoren.....	30
5.9 Samverkan, samarbete och förberedelse inför LARO.....	31
5.10 Hur ska huvudmannskapet ser ut?	32
6. Diskussion	34
6.1 Handläggarnas inställning till och erfarenhet av opiatberoende personer.....	34
6.2 Handläggarens upplevelse av hur socialtjänstens arbete med opiatberoende klienter påverkats av tillgängligheten till LARO	35
6.3 Handläggarens upplevelse av hur samverkan och samarbete mellan socialtjänsten och LARO ser ut	38
6.4 Handläggarens syn på framtiden gällande arbetet med opiatberoende personer.....	40
6.5 Slutsatser.....	41
Referenser.....	42
Bilaga 1 Intervjuguide examensarbete	45
Bilaga 2 Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt som involverar människor.....	46
Bilaga 3 Informationsbrev om c-uppsats för Socionomexamen	47

1. Inledande avsnitt

Detta inledande avsnitt presenterar studiens syfte och frågeställningar, relevansen för en evidensbaserad praktik samt återkommande centrala begrepp. Slutligen presenteras dispositionen för upplägget av uppsatsen.

1.1 Bakgrund

Missbruk är ett av vår tids mest problematiska och kända samhällsproblem som förekommer inom alla samhällsklasser samt inom alla områden inom socialt arbete. I januari 2011 presenterades Missbruksutredningens forskningsbilaga och delbetänkande ”*Missbruket, Kunskapen, Vården*” (Statens offentliga utredning [SOU] 2011:6). Syftet med Missbruksutredningen var att skapa förutsättningar för en Svensk missbruksvård av hög internationell standard (ibid.). Ett annat syfte var att den svenska missbruksvården ska vara kunskapsbaserad och utgå från den enskildes behov (ibid.). I forskningsbilagan presenteras en sammanställning av forskningsrapporter och kunskapsöversikter som framkommit under arbetet med Missbruksutredningen och innehåller därför aktuell information om förhållanden på missbruksområdet i Sverige (ibid.) I forskningsbilagan beskrivs att historiskt sett har personer med missbruksproblematik i Sverige getts behandlingsalternativ som vilat på en politisk/ideologisk grund snarare än en medicinsk grund (ibid.) Det föreslås att missbruksvården nu istället bör förstås ur både ett humanistiskt-samhällsvetenskapligt och ett medicinskt perspektiv (ibid.).

Jonas Sverin, reporter för SVT nyheter, rapporterade den 4 juni 2015 att narkotikadödligheten i Sverige är näst högst i EU och den substans som förekommer i flest fall av överdoser är opiater/opioider, ofta i kombination med andra substanser. Även Socialstyrelsens (2016) rapport om narkotikadödlighet där statistik från 2014 analyseras och redovisas vittnar om att just opiater och opioider är den mest förekommande substansen i relation till dödsfallen.

Ett paradigmskifte har skett inom missbruksvården vilket bland annat visar sig tydligt i förhållande till personer med opiatmissbruk (SOU 2011:6). Det var tidigare mycket svårt för denna grupp att få tillgång till läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (LARO) men med tiden har detta fått en helt dominerande ställning vid denna typ av missbruk, vilket gör att det nu kommer bli svårare för denna grupp att få institutionell medicinfri vård (ibid.). Detta tyder på att man börjat prioritera ”harm reduction” (skademinskning) för denna grupp i Sverige (ibid.). ”Harm reduction” kan beskrivas vara den behandlingspolicy och de åtgärder

som syftar till att minska de negativa, sociala, ekonomiska och hälsorelaterade konsekvenserna vid missbruk (Järvinen & Andersen, 2007). Vårdinsatserna vid missbruk har också förändrats över tid och det har skett en övergång från institutionsvård till öppenvård, med minskat inslag av tvång (SOU 2011:6).

I Socialtjänstlagen (SoL, SFS 2001:453) går att läsa i dess 2 kap 1 § att: *”Varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område, och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän”*. I samma lag 5 kap 9 § står att: *”Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs.”* Vidare står i 5 kap 9 a § att: *”Kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel”*.

Det finns en stor grupp tunga missbrukare som det blir allt svårare för *socialnämnden* att i praktiken aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård han eller hon behöver. Det är just personer som missbrukar opiater/opioider. Dessa kan också vända sig direkt till sjukvården för att ansöka om LARO-behandling som är en läkemedelsassisterad behandling och rehabilitering av opiatmissbrukare. Övriga behandlingsinsatser behöver utredas, bedömas och beviljas via Socialtjänsten. Det betyder att den tyngsta gruppen missbrukare *både* kan söka stöd och hjälp för sitt beroende via socialtjänsten i sin kommun samt via hälso- och sjukvården.

LARO är en mycket omdiskuterad behandlingsform där motståndare till den menar att det innebär att ”knarka på laglig väg” och att man egentligen bara fortsätter missbruka, men nu under lagliga former (Socialstyrelsen, 2015a). Förespråkare menar att behandlingen är livsnödvändig för att rädda liv och öka livskvalitén för den här gruppen, som enligt dem är en mycket svår grupp att behandla med andra metoder (ibid.).

1.2 Syfte och frågeställningar

1.2.1 Syfte

Syftet med den här undersökningen är att skaffa kunskap om och belysa hur missbrukshandläggare inom socialtjänsten i Dalarna upplever sitt arbete med personer med opiatberoende.

1.2.2 Frågeställningar

*Vad har socialtjänstens missbrukshandläggare för inställning till personer med opiatberoende samt LARO-behandlingen i Dalarna?

*Hur påverkas socialtjänstens arbete med personer med opiatberoende av den ökade tillgängligheten till LARO-behandlingen i Dalarna?

*Hur ser samverkan och samarbete ut mellan Socialtjänsten och LARO-mottagningen?

*Hur ser handläggaren på framtiden gällande arbetet med personer med opiatberoende?

1.3 Studiens relevans för en evidensbaserad praktik

De senast årtiondena har en evidensbaserad praktik (EBP) blivit mer och mer viktigt inom socialt arbete och socialtjänsten (Oscarsson, 2012). EBP kan beskrivas vara ett förhållningssätt men också en metod för praktikern och en del av ökat klient och brukarinflytande inom socialtjänsten (ibid.). Utifrån klientperspektivet kan EBP beskrivas vara en metod som ger klienten ökat inflytande över sin egen situation i förhållande till socialtjänsten (ibid.)

Inom medicin har evidensen tre kunskapskällor – forskningen, den praktiska erfarenheten (klinisk expertis) och egna värderingar från patienterna (Oscarsson, 2012). På motsvarande sätt beskrivs evidensbaserad praktik inom socialtjänsten innehålla bästa forskningsstöd, professionell praktisk erfarenhet samt klientens värderingar, förväntningar och förutsättningar (ibid.). Till skillnad från den medicinska kontexten så kan man inom socialtjänsten se det som att en klients problem och behov både kan finnas hos denne själv, i närmiljön och kanske i strukturella faktorer som bostads- och arbetsmarknaden (ibid.). Vidare kan flera insatser pågå parallellt, ibland från flera olika myndigheter och dessutom parallellt

med de negativa faktorerna som ligger bakom eller bidrar till klientens problem eller behov (ibid.). Det kan alltså vara så att den som arbetar inom missbruksvården inte vet vad en klients problem egentligen beror på och vilka insatser som är det mest effektiva i just det fallet, eftersom varje ärende är i ett unikt sammanhang (ibid.). Sammanhanget påverkar också klientens tro på huruvida en insats ska hjälpa denne eller ej (ibid.). Inom medicinen så vet man att antibiotika kan ta bort orsaken till symptom på sjukdomar, men inom socialtjänsten är det svårare och mer komplext att hitta och ta bort orsaken till ett problem. Detta gör att klientens tro på insatserna kan ha en avgörande betydelse för ett positivt resultat (ibid.).

Det finns något som kallas ”lokal beprövad erfarenhet” vilket ger en unik grund att steg för steg bygga upp en evidensbaserad praktik i den lokala verksamheten (Oscarsson, 2012). Genom att dokumentera vilken kunskap som insatsen bygger på och sedan följa upp och utvärdera resultaten så kan man få en dokumentation på hur forskning, professionell erfarenhet och klientens unika förutsättningar vägts samman (ibid.). Detta kan ge kunskap om vilka insatser som kan vara optimala för enskilda klienter och grupper av klienter (ibid.) I förlängningen är det samhällets resurser och inriktningen på dessa resurser som styr vad som läggs på en viss målgrupp varför det blir en politisk fråga - som kan få hjälp att prioriteras med hjälp av en dokumenterad lokal beprövad erfarenhet (ibid.).

Föreliggande studie berör personer som faller både inom den medicinska kontexten samt socialtjänsten, vilket innebär att klientperspektivet i den evidensbaserade praktiken skiljer sig lite mellan de båda aktörerna.

1.4 Centrala begrepp

1.4.1 Missbrukare, opiatmissbrukare eller opiatberoende

I relation till människor som har problem med droger används ofta orden missbruk eller beroende. Missbruk beskrivs vara ”mildare” eller förstadiet till beroende som framställs vara ett ”värre” tillstånd för individen (Heilig, 2011). Trots att beroende antas vara ett grövre och allvarigare tillstånd, eller kanske i litteraturen mer klart definierat än missbruk, så kan ordet missbruk i litteratur och rapporter också ha innebörden att personen har grava problem med narkotika på samma sätt som beskrivs i ett beroende (ibid.). I den här uppsatsen kommer bland annat orden *missbrukare*, *opiatmissbrukare* och *opiatberoende* användas och då menas en person som använder drogerna på ett sätt som gör att denne har en rad olika sociala problem på grund av sitt användande och trots det inte slutar samt att personen kan ha ett fysiskt beroende med abstinensbesvär. De sociala problemen kan vara att individen inte kan

sköta skyldigheter i skola, arbete eller hemma eller att den utsätter sig för risk för fysisk skada, har störande beteenden eller problem med rättvisan. Helt enkelt den person som socialtjänsten kommer i kontakt med vilken anses ha ett destruktivt droganvändande.

1.4.3 Opiatberoende

I den här uppsatsen ligger fokus på personer med opiatberoende. Det innebär personer som huvudsakligen i sitt missbruk/beroende intar opiater. I begreppet opiater ingår både de substanser som ursprungligen utvinns ur naturen (från vallmo) som till exempel opium, heroin, morfin och kodein och även det som kallas opioider - vilka är mer syntetiskt framställda (Eriksson, 2016.). Några av de preparat som påträffas hos personer som har opiatberoende kan vara: *Heroin*, *Metadon*, *Buprenorfin* (Subutex, Temgesic, Suboxone), *Morfin* (Morfin, Dolcontin, Depolan), *Opium*, *Kodein* (Kodein, Citodon, Panocod, Treo comp, Ardinex), *Tramadol* (Tramadol, Tiparol, Gemadol, Noblligan), *Fentanyl* (Fentanyl, Durogesic) och *Oxykodon* (Oxynorm, Oxycontin) och en nätdrog med opioida egenskaper som kallas MT-45 (Eriksson 2016). Opiater är kortverkande och ger ett snabbt rus och opioider är mer långverkande vilket gör att ruset kanske inte blir lika starkt men ruset stannar längre i kroppen (Kakko, 2011).

Den medicinska förklaringen till opiatberoende är att intag av droger aktiverar belöningssystemet som är det nätverk av nervceller i hjärnan som förmedlar lustupplevelser (Kakko, 2011). Mat, träning och sex kan också aktivera belöningssystemet och det som händer är att signalsubstansen dopamin frisätts och ger en lustupplevelse (ibid.) Droger aktiverar dock belöningssystemet med mycket större kraft, tusen gånger starkare, vilket blir mer än hjärnan orkar med (ibid.). Istället försöker då kroppen motverka detta med hjälp av antibelöningssystemet som har som syfte att vara en balanserande motkraft (ibid.). Vad gäller opiatmissbruk är det antibelöningssystem som främst används i kroppen och då den överaktiva HPA-axeln (ibid.). HPA-axeln är ett hormonellt system i vilket hypotalamus och hypofysen (i hjärnan) och binjurarna ingår (ibid.). Syftet med HPA- axeln är att reglera stress (ibid.). Enkelt förklarar så leder en upprepad användning av droger (i detta fall opiater) av en ständig överaktivitet av HPA-axeln som då skapar obalans i systemet och resultatet blir en känsla av konstant stress som upplevs dämpas av ytterligare intag av droger (ibid.).

Regelbunden användning av opiater gör att personen som är beroende kan uppleva obehagliga abstinensbesvär även om de i sig inte är farliga (Heilig 2011). Abstinensen är av samma karaktär vid beroende av samtliga opiater och opioider men intensiteten och

tidsförloppet kan variera beroende på preparatets halveringstid (ibid.). Abstinensen kan beskrivas som en mycket svår influensa med symptom som illamående och kräkningar, diarré, muskelvärk, feber, sömnsvårigheter, rinnande näsa och dysforisk sinnestämning (ibid.). Efter en tids regelbunden användning av opiater handlar situationen mycket om att hålla undan obehaget av abstinensen (Eriksson 2016). De sociala problemen som ingår i ett missbruk som beskrivits tidigare berör naturligtvis även personer med opiatberoende.

1.4.4 LARO-behandling

LARO-behandling innebär läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (Socialstyrelsen 2015a). I LARO-behandlingen används läkemedel som utgör narkotika men som godkänts för behandling av opiatberoende och ordinerats av läkare (ibid.). Ofta erbjuds också samtidig psykosocial behandling (ibid.). Behandlingen är lång, ofta livslång och syftet med den är att öka livskvalitén för klienten och inte minst förhindra överdos och för tidig död (ibid.). Läkemedlen som används är främst metadon, buprenorfin samt en kombination av buprenorfin och naloxon (Suboxone) (ibid.). I Sverige används även andra begrepp för samma typ av behandling – underhållsbehandling, substitutionsbehandling, metadonbehandling, läkemedelsassisterad rehabilitering och ”programmet” (ibid.). I den här uppsatsen kommer främst begreppet LARO att användas men på vissa ställen kan även andra benämningar användas.

1.4.5 Tolvstegsbehandling

Det som i denna uppsats omnämns som ”tolvsteg”, ”tolvstegsprogrammet”, eller ”tolvstegsbehandling” har sin bakgrund i den frivilliga hjälprörelsen Anonyma alkoholister – AA. AA och även NA (Anonyma narkomaner) är självhjälpsrörelser som består enbart av medlemmar som själva har alkohol eller narkotikaproblem (Wirbing & Oritz 2014). Dessa mötesgrupper erbjuder ingen behandling eller någon professionell hjälp av utbildade alkohol- och drogexperter men trots det får många hjälp till nykterhet och drogfrihet inom AA och NA utan att någonsin prova någon annan behandling för alkohol eller narkotikaproblem (ibid.). Det enda villkoret för medlemskap i dessa grupper är en önskan om att sträva efter helnykterhet (ibid.). De tolv stegen är ett andligt program för personlig utveckling där den som arbetar med sig själv bland annat kritiskt ska granska sig själv, erkänna sina brister, vara öppen för att utvecklas som människa, gottgörelse till de man skadat, be och meditera samt hjälpa andra medlemmar till nykterhet/drogfrihet (ibid.).

Det finns en behandlingsmetod som heter tolvstegsmetoden vilken utgår ifrån AA:s syn på alkoholism som en kronisk sjukdom som inte går att bota men som går att leva med om de tolv stegen tillämpas (ibid.). Inslag i den behandlingen är att medverka i möten i olika tolvstegsgrupper (ibid.). Många behandlingsverksamheter använder tolvstegsfilosofin i gruppssessioner, under lektioner och föreläsningar och i det material som används i behandlingen (ibid.) Tolvstegsbehandling rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för behandling av alkoholberoende och har en stark evidens för just det, men används även som metod för behandling av andra drogberoenden (ibid.). I samtliga kommuner som undersökts i föreliggande studie är tolvstegsmetoden den metod som används i gruppbehandling för alkohol och drogberoende i öppenvården.

1.5 Disposition

Uppsatsen presenteras enligt följande: I kapitel *ett* beskrivs studiens bakgrund, syfte, frågeställningar, relevansen för evidensbaserad praktik samt centrala begrepp. I kapitel *två* presenteras aktuell forskning inom ämnet opiatberoende. I kapitel *tre* presenteras studiens teoretiska perspektiv. I kapitel *fyra* beskrivs studiens metodologiska tillvägagångssätt, reliabilitet och validitet samt etiska överväganden samt en kritisk metodologisk reflektion. I kapitel *fem* redovisas studiens resultat. Kapitel *sex* innehåller en diskussion utifrån tidigare forskning samt studiens teoretiska perspektiv samt studiens slutsats.

2. Forskningsbakgrund

Här presenteras tidigare forskning och rapporter som berör opiatberoende och läkemedelsassisterad behandling under följande rubriker: *Hur ser samhället på opiatberoende och vad som är den bästa metoden för hjälp? LARO – den främsta behandlingen vid opiatberoende. Samt: Samverkan kan rädda liv.*

2.1 Hur ser samhället på opiatberoende och vad som är den bästa metoden för hjälp?

Som tidigare nämnts har läkemedelsassisterad behandling vid opiatmissbruk varit en kontroversiell och omdiskuterad behandlingsmetod, inte minst utifrån att det råder konflikter om olika vårdideologier inom missbruksvården. Goldberg (2010) menar att det finns två dominerande narkotikapolitiska paradigmer i världen idag och det är *prohibition* (restriktiv och förbjudande narkotikapolitik) och *harm reduction* (skademinskning av narkotikans konsekvenser). Harm reduction har varit under utveckling sedan 1960-talet och har blivit ännu mera vanligt under senare år (ibid). Utifrån antagandet att det är oundvikligt med en viss narkotikakonsumtion så ska denna politik göra att samhället och de enskilda användarna lider så liten skada som möjligt (ibid.).

Järvinen och Andersen (2009) har i en dansk studie tittat på hur ”*the formula story of harm reduction*” visar sig i praktiken i kontexten av den danska missbruksvården. Författarna beskriver begreppet ”formula story” som att det är ett narrativ (en verklighetsbeskrivning) som handlar om sociala problem där man har en speciell handling och huvudkaraktärer som narrativet handlar om (ibid.). Resultatet av Järvinen och Andersens (2009) studie visar att narrativet gällande ”harm reduction” omskapat bilden av/identifikationen för personer med opiatmissbruk. Bilden som skapats är att opiatmissbrukare är obotliga och behöver livslång stabilisering/vård för sitt missbruk med hjälp av underhållsbehandling, samtidigt som de behöver praktiskt, ekonomisk och psykosocial hjälp för att bli fungerande samhällsmedborgare (ibid). Detta är, visar det sig i studien, även vad ”hjälparen” (läkarna, socialarbetarna, personalen) tror om klienterna (ibid.). Klienterna möts av argument om att behandling som leder till drogfrihet inte är något som passar dem och de motiveras istället till att ta emot underhållsbehandling. Detta, menar författarna, fräntar klienterna deras självbestämmande om vilken behandling de kan få för sitt opiatmissbruk och istället *skapar*

”the formula story of harm reduction” *kroniska* missbrukare, vare sig de själva vill eller inte (ibid.).

Ett tredje narkotikapolitiskt paradig som Goldberg (2010) nämner är något han kallar *demand reduction*. Detta utgår ifrån bilden av att antalet problematiska konsumenter av narkotika handlar om de makropolitiska beslut som fattas i ett land, med andra ord att det kan bero på att allt fler människor lever under hårdare negativt samhälleligt tryck (ibid.). Detta kan inte åtgärdas varken med harm reduction eller en prohibitionistisk narkotikapolitik och Goldberg menar att genom att skylla på drogernas biokemiska egenskaper så har vi hittills kunnat vända bort blicken från samhällsproblemen bakom en problematisk konsumtion (ibid.).

Mats Ekendahl (2011) har intervjuat socialarbetare för att undersöka utifrån vilka vårdideologier de som arbetar med missbrukare utgår ifrån i relation till klienter med tungt missbruk och stor utsatthet. Syftet med artikeln var att titta på och beskriva hur socialarbetare ger mening åt och legitimerar tvångsvård och underhållsbehandling och använder begreppet ”behandling” (ibid.). Det har idag blivit allmänt accepterat och vedertaget i Sverige att hjälpens legitimitet ska baseras på *vetenskap* istället för ideologiska ställningstaganden och svenska kunskapssammanställningar har konstaterat att vissa insatser har evidensstöd, till exempel läkemedelsassisterad behandling vid opiatmissbruk samt manualbaserad kognitiv beteendeterapi vid alkoholmissbruk (ibid.). Ekendahl menar att det kan vara svårt att veta huruvida det går att dra relevanta slutsatser som utgår *enbart* ifrån kliniska medicinska experiment om vad en bra behandling är, klienterna som deltar i uppföljningsstudier är ofta mer följsamma, motiverade och socialt stabila än den grupp missbrukare socialtjänsten kommer i kontakt med (ibid.). Även Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2009) påvisar detta i en rapport, där de sammanfattar en kunskapsöversikt från brittiska National Institute for Health Research, som handlar om det vetenskapliga underlaget för underhållsbehandling med metadon eller buprenorfin vid opioidberoende. Majoriteten av deltagarna i de sammanfattade studierna var män som inte led av någon allvarlig psykisk sjukdom eller kroppsliga symptom/sjukdomar (ibid.). Vanligt förekommande patientgrupper har alltså utelämnats (ibid.). Ovissheten om vad som faktiskt hjälper en enskild individ kan vara större än vad inblandade aktörer vill erkänna, det finns de inom beroendevården som anser att svaret på frågan ska sökas snarare i relationen mellan de individer som deltar i ett terapeutiskt samspel än i specifika metoder (Ekendahl, 2011).

Den mest grava och socialt utsatta grupp klienter tenderar att gå ut och in i vårdssystemet utan att uppleva varaktig förbättring av livssituationen (Ekendahl, 2011). Det kan ifrågasättas om missbruksvården kan uppfattas som något annat än en kontaktyta mellan normalsamhället och marginaliserade individer – ett socialt sammanhang där dessa klienter och missbrukshandläggarna möts (ibid.). Det finns en risk att missbruksvården blir polariserad, att socialt stabila klienter med begränsade problem prioriteras för insatser medan marginaliserade klienter med stora problem snarare hanteras än rehabiliteras (ibid.). Resultatet av Ekendahls studie visar att socialarbetare legitimerar att hantera snarare än rehabilitera genom att antingen ansöka om LVM eller motivera till (enbart) läkemedelsassisterad behandling för tunga klienter - med förklaringen att dessa har svårare att återhämta sig till total drogfrihet än andra (ibid.). Beroende är ett behandlingskrävande sjukdomstillstånd och risken finns att de som behöver behandling som mest - de grövsta och mest utsatta missbrukarna - är de som i praktiken får minst faktiska behandlingsinsatser, istället får de mer livsuppehållande insatser (ibid.).

2.2 LARO – den främsta behandlingen vid opiatberoende

Heilig (2011) beskriver opiatberoende som ett ”kroniskt remitterande” förlopp som är gemensamt för flera beroendesjukdomar men kanske mest uttalat vid just opiatberoende. Han beskriver att ett obehandlat opiatberoende är ett mycket allvarligt sjukdomstillstånd, med hög mortalitet bland unga människor, vilket innebär att genomtänkta behandlingsinsatser är helt avgörande för om patienterna överlever (ibid.). Heilig (2011) beskriver vidare att det är *särskilt viktigt* vid opiatberoende att komponera ihop en integrerad behandlingsmodell där *både* farmakologisk behandling och psykosociala metoder samverkar, dessa behandlingsinsatser enskilt har relativt liten effekt. Trots detta går att läsa i tillstånds- och åtgärdslistan som finns som en bilaga i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende att ”läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin och naloxon (Suboxone)” är den främst rekommenderade åtgärden vid opiatberoende (Socialstyrelsen, 2015b). Behandling med buprenorfin är också den främst rekommenderade behandlingen vid opiatabstinens (ibid.). Tätt efter det rekommenderas behandling med Metadon för opiatberoende och opiatabstinens (ibid.). Efterföljt efter dessa rekommenderas kognitiv beteendeterapi (KBT) eller återfallsprevention (ÅP) samt community reinforcement approach (CRA) inom ramen för läkemedelsassisterad behandling (ibid.).

En studie har gjorts där man jämfört personer med opiatberoende och personer beroende av andra substanser på behandlingshem för samsjuklighet av missbruk och psykisk ohälsa (Bride et al., 2016). En hög andel personer med opiatberoende söker nu hjälp men det har visat sig att det är vanligt med avhopp från kortare behandling för dessa (ibid.). Den vanligaste behandlingen vid opiatberoende är enligt studien läkemedelsassisterad behandling med metadon eller buprenorfin (ibid.) Det finns dock inga studier som påvisar positiva resultat av enbart medicin vid opiatberoende, framförallt inte för att behandla riskbeteenden eller andra sociala konsekvenser av missbruket (ibid.). Öppenvård passar inte alla med opiatberoende, speciellt inte de som har ett tungt missbruk och redan testat öppenvård utan resultat (ibid.). För dessa kan en tid på behandlingshem istället vara den mest passande hjälpen (ibid.). Studien visar att trots att opiatberoende klienter kommer till behandlingen med en högre grad av beroenderelaterade problem så visade det sig i resultaten att deras behandling var precis lika framgångsrik som för dem som var beroende av andra substanser (ibid.).

I Vermont i USA har man tittat på hur läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende påverkat utnyttjande av och kostnader för hälso- och sjukvård för den gruppen klienter (Mohlman, Tanzman, Finison, Piette & Jones, 2016). Då opiatmissbruket ökat kraftigt i Vermont har det satsats på att expandera och öka tillgänglighet till läkemedelsassisterad behandling för opiatberoende (ibid.). Resultaten i studien visar att läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende är associerad med minskade vårdkostnader för dessa klienter, till exempel på grund av färre inläggningar på sjukhus och färre besök på akutmottagningar (ibid.). Forskarna i studien menar att resultaten ger stöd för att det bör satsas mer på läkemedelsassisterad behandling än till psykosocial vård, abstinensbehandling eller avgiftning för dessa klienter (ibid.). Den samhällsekonomiska vinsten är i längden högre för de som får läkemedelsassisterad behandling jämfört med de andra insatserna, trots att själva behandlingen i sig är kostsam - speciellt till en början (ibid.).

2.3 Samverkan kan rädda liv

Trots att samverkan är ett väl etablerat uttryck, som förekommer både i forskning och i praktiken, så har det getts mindre uppmärksamhet till vad det egentligen betyder *i praktiken* att samverka och vara partners i ett samverkansförhållande (Ness, Borg, Semb & Karlsson, 2014). Ness et.al (2014) syftar i sin studie till att identifiera nyckelegenskaper för hur personal inom psykisk ohälsa samt missbruksvården på ett bra sätt kan samverka med sina

klienter och deras familjer i sitt praktiska arbete. Det finns sedan tidigare mycket forskning som påvisar att relationen mellan klienten och dess hjälpare är det viktigaste verktyget för en bra samverkan i en återhämtningsorienterad organisation (ibid.). Vidare visar också forskning att hinder för en bra återhämtningsprocess är ofta bristen på en skräddarsydd vård för individen samt att klienter behöver navigera genom komplexa system och organisationer (ibid.).

Björn Johnson (2011) har utvärderat ett samverkansprojekt kring läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende mellan landstingets beroendemottagning och socialtjänsten i Jönköping. Det var socialtjänsten i Jönköping som 2006 sökte medel för att kunna förbättra LARO-samarbetet med beroendemottagningen. Detta med fokus på de mest vårdkrävande patienterna för att förhindra att dessa skrevs ut ur behandlingen (ibid.). Under projektets gång kom det dock lite mer generellt att handla om alla former av klienter inskrivna i LARO (ibid.). Att förhindra att klienter skrevs ut från behandlingen, vilket innebär en risk för återfall och att dö i förtid, var också projektets huvudsyfte (ibid.). Resultatet i studien visar att trots mycket kunskap om samverkan så är det utmanande för praktikerna att använda sig av den på ett bra sätt (ibid.). Tre typer av samverkan som beskrivs i utvärderingen är *interprofessionell* samverkan - som sker mellan olika yrkesgrupper eller professioner, *interorganisatorisk* samverkan - som sker mellan olika organisationer samt *intersektionell* samverkan - som sker mellan olika huvudmän (ibid.). Alla dessa former av samverkan är aktuella när det handlar om samverkan mellan kommun och landsting (ibid.). Det visade sig att det i det stora hela finns ett gott samarbetsklimat mellan beroendemottagningen och socialtjänsten och de eventuella konflikter och praktiska problem som uppstår löstes snabbt (ibid.). Målet att minska utskrivningar uppfylldes inte under projektets gång men däremot ökade antalet patienter som deltog i behandlingsinsatser (ibid.). Gällande psykosociala insatser som missbruksenheten erbjuder så är det god kvalitet på dem men utbudet i vissa avseenden är begränsat (ibid.).

Deltagare i Ness et.al (2014) studie berättar att det är viktigt att försöka ha goda relationer med klienten och dess familjemedlemmar (när det är aktuellt) och att det är viktigt att inte ta över deras liv utan att vara där för dem och hjälpa dem med det de önskar om möjligt (ibid.). Det är också viktigt att informera klienterna om deras civila och humana rättigheter, vilken typ av hjälp som erbjuds för att de ska kunna göra egna val samt att klienten ska kunna uppleva att de möts av flexibilitet (ibid.). Olika dilemman uppstår till exempel i kontakt med anhöriga då det ena dagen kan vara okej sekretessmässigt för klienten att hjälparen pratar med anhöriga och en annan dag har det förändrats (ibid.). Det framkom att

tillgänglighet och flexibilitet är två viktiga egenskaper för att kunna möta klienten där den är och skapa bra samverkan (ibid.). Även i Johnsons (2011) studie visade det sig att den mest uppskattade hjälp enligt klienterna var en insats som kallas motivations- och behandlingsteamet (MBT) vilket är en flexibel öppenvårdsverksamhet som erbjuder insatser som anpassas efter klientens behov och önskemål. En annan viktig aspekt i Ness et.al (2014) studie för bra samverkan var att bibehålla mänskliga relationer med klienten genom att finnas där, över tid. Deltagare i studien menade att detta kan göras på ett bra sätt genom att göra mer än klienten förväntar sig, höra av sig till dem istället för att sitta o vänta på att klienten ska ringa, besöka dem och framförallt *inte ge upp* (ibid.). Johnsons (2011) studie påvisar också att praktikerna rör sig inom tre olika huvudområden för en bra samverkan med klienterna: finnas vid klientens sida genom förhandlande dialoger, bibehålla mänskliga relationer samt att ”hantera” olika inblandade serviceinrättningar (ibid.). Deltagarna i Ness et.al (2014) studien är bekymrade över hur människor med psykisk ohälsa och missbruksproblem möts av ett myller av byråkrati när de söker hjälp för sin problematik. De menar att olika typer av byråkrati, dokumentation och annat praktiskt tar mycket tid av själva mötet med klienten, vilket innebär att det faktum att klienten måste möta alla dessa byråkratiska regler när de söker hjälp kan göra att de försvinner på vägen (ibid.). Slutligen uttryckte deltagarna att det är väldigt viktigt att regelbundet träffa hjälpare från andra organisationer regelbundet, för att veta vad som kan göras tillsammans och för att det ska bli enklare att veta vart de ska vända sig för olika typer av kompetens när de ska ge en bra hjälp till sina klienter (ibid.).

Den viktigaste förändringen som skett under samverkansprojektet Johnson (2011) undersökt är att socialtjänsten, i syfte att fördjupa LARO-samarbetet, placerat en socialarbetare på beroendemottagningen två halvdagar i veckan (ibid.). Denne persons huvuduppgift är att etablera förtroendefulla relationer till de klienter som bedöms vara i stort behov av mer kontakt med socialtjänsten (ibid.).

2.3 Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar det sig att det blivit mer vanligt och synligt med tanken om ”harm reduction” (skademinskning) inom missbruksvården. Detta kan påverka synen samhället nu har på opiatberoende och huruvida det är ett kroniskt och obotligt tillstånd eller inte. Det finns en risk för att blicken vänds bort från att samhällsproblem eller psykosociala faktorer kan ligga bakom ett missbruk och att allt fokus läggs på drogernas biokemiska egenskaper. Det har visat sig att en del av de studier som gäller opiatberoende och substitutionsbehandling

mest utgår ifrån följsamma och icke problematiska klienter vilket kan ge en missvisande bild av hur väl behandlingen fungerar. Det verkar som att de som behöver behandling som mest är de som får minst, dessa får snarare livsuppehållande insatser. Trots att det finns framstående forskare som menar att det är särskilt viktigt vid opiatberoende att komponera ihop en integrerad behandling innehållande såväl medicin som psykosociala metoder så rekommenderar Socialstyrelsen ändå i första hand enbart medicinsk behandling vid opiatberoende. Studier har visat att opiatberoende personer fått lika goda behandlingsresultat på behandlingshem för samsjuklighet som personer beroende av andra substanser. Andra studier visar att läkemedelsassisterad behandling är associerad med minskade vårdkostnader för denna klientgrupp och därför menar man i dessa att den samhällsekonomiska vinsten vid opiatberoende i längden blir högre om de skrivs in i underhållsbehandling. Personer med opiatberoende behöver mötas med tillgänglighet, flexibilitet och uthållighet. En god samverkan kring denna klientgrupp kan rädda liv. Utifrån ovan beskrivet kunskapsläge anser författaren i föreliggande studie att det finns anledning att undersöka hur missbrukshandläggare i Dalarna upplever sitt arbete med opiatberoende klienter utifrån att både kommunen samt hälso-sjukvården arbetar med dessa.

3. Teoretiska utgångspunkter

I föregående kapitel presenteras tidigare forskning kring samhällets syn på opiatberoende, LARO-behandling samt samverkan. I detta avsnitt presenteras perspektiven som tillsammans med tidigare forskning används för att analysera studiens empiriska material. Perspektiven som kommer att beskrivas är *domäner och professioner*. En förståelse för dessa teoretiska begrepp är en viktig bakgrund och förutsättning för att kunna tillämpa samverkan. Begreppen är också relevanta utifrån studiens syfte – att skaffa kunskap om och belysa hur missbrukshandläggare inom socialtjänsten i Dalarna ser på sitt arbete med personer med opiatberoende. Detta utifrån att tillgängligheten till LARO ökat vilket innebär att ansvaret för att hjälpa dessa personer i många fall ligger hos två huvudmän (socialtjänst och hälso-sjukvård).

3.1 Domäner och professioner

För att förstå begreppet domän och vad domänkonflikt/domänkonsensus avser så behöver vi också förstå vilken teori som används för att titta på organisationer som hälso- och sjukvård och socialtjänst (Grape, 2006). Ett av de vanligast förekommande teoretiska perspektiven som används för att studera företag och förvaltningar i Sverige idag är nyinstitutionalismen (Grape, 2006). Ett par viktiga bidragsgivare till denna teoribildning är DiMaggio och Powell (1983) som myntade begreppet ”organisatoriska fält” med vilka de menade att vissa organisationer har gemensamma egenskaper som utgör den sociala miljön för dessa organisationer. Dessa organisationer tillhör sedan en viss ”bransch” som till exempel socialtjänst, sjukvård eller liknande (ibid.). DiMaggio och Powell menar att dessa organisationer riskerar sin överlevnad om de avviker från fältets normer (ibid.). Vidare kan ”organisatoriska fält” beskrivas som det område där flera olika organisationer ägnar sig åt liknande verksamhet (DiMaggio & Powell 1991). Inom det organisatoriska fältet finns olika institutionella logiker som är en sorts ramar som blir standarden för vad en viss organisation bör/ska göra och som kan eller inte kan ifrågasättas av andra organisationer inom ett speciellt verksamhetsområde (Grape, 2012). I den föreliggande studien är verksamheten eller verksamhetsområdet – det som blir det organisatoriska fältet - missbruksvård. Inom missbruksvården finns flera aktörer, bland annat socialtjänsten och hälso- och sjukvården och dessa har olika logiker, alltså olika uppdrag och utgår dessutom från olika lagstiftning.

En verksamhetsdomän kan beskrivas vara det aktivitetsområde inom ett organisatoriskt fält som flera aktörer avser att (eller tvingas att) praktiskt samarbeta om (Grape, 2006). I den här studien kan verksamhetsdomänen beskrivas vara *behandling och vård av opiatmissbruk*. Flera författare (Grape, 2006; Danemark & Kullberg, 1999; Mallander, 1996) menar att det explicit finns två aspekter inbäddade i begreppet verksamhetsdomän. Den ena aspekten består av det verksamhetsområde där människor arbetar och agerar tillsammans (ibid.). Den andra aspekten handlar om aktörernas domänanspråk, alltså kunskapsområdet de hävdar att de är legitima företrädare för (ibid.). I föreliggande studie menar författaren alltså att behandling av opiatmissbruk är en verksamhetsdomän som ingår i det organisatoriska fältet missbruksvård. När aktörer utifrån skilda logiker (socialtjänst samt hälso- och sjukvård) sedan arbetar inom denna verksamhetsdomän har de alltså skilda domänanspråk (Grape, 2006; Danemark & Kullberg, 1999; Mallander, 1996). Lindqvist (2000) menar att det kan uppstå problem både för individ och för samhälle då flera organisationer har överlappande domänanspråk på en gemensam verksamhetsdomän och ingen vill ta ansvar för den. Richard Scott (1992) uttrycker på ett förenklat sätt att begreppet organisatorisk domän (verksamhetsdomän) är ett viktigt verktyg för att analysera varför organisationer handlar som de gör när de ska samarbeta. En annan ursprunglig beskrivning av en verksamhetsdomän är Levine och Whites (1961) vilka beskriver det som att domänen kännetecknas av de mål en viss organisation arbetar för att uppnå och de funktioner som inrättas för att implementera målen. Denna betydelse fokuserar mer på målsättningar och hur man avser att arbeta för att nå dem än på att organisationen gör anspråk på ett visst område (ibid.). På ett lite enklare sätt förklarar Grape (2001) att en verksamhetsdomän står inför konkreta arbetsuppgifter som utförs inom ett visst verksamhetsområde. Inom detta område kan sedan olika aktörer göra skilda domänanspråk på att vara legitima företrädare för detta område (ibid.). Om aktörerna inte kommer överens skapas *domänkonflikter* och om de istället kommer överens om vem som skall göra vad inom verksamhetsområdet skapas *domänkonsensus* (ibid.). Alltså består en verksamhetsdomän av både ett konkret verksamhetsområde, vilket avgränsas av de mål och operativa funktioner som organisationer inrättat för att bedriva en verksamhet, samt skilda anspråk inom detta område (ibid.).

I föreliggande studie behandlas ämnet opiatmissbruk och hur personer med denna problematik förekommer och hanteras inom både hälso- och sjukvård samt socialtjänsten. Dessa två organisationer kan kallas för människobehandlande organisationer (Johansson,

Dellgran & Höjer, 2015). Således kan personerna som arbetar inom dessa organisationer kallas för *människobehandlande professioner* (ibid.). Den norske sociologen Ulf Torgersen (1972) formulerade en definition om att det kan talas om en profession när en formell utbildning av en viss längd förvärvas av personer som ska träda in i bestämda yrken, och dessa yrken enligt utbredda sociala normer (till exempel lagstiftning) inte kan utövas av andra än dem som har denna utbildning. Dellgran (2015) nämner tre centrala aspekter i professionsbegreppet – *vetenskap, monopol och expertis*. Utifrån dessa aspekter beskrivs det att professioner är yrkesgrupper som för det första utför tjänster på vetenskapligt grundade kunskaper som förvärvas genom specialiserade högskoleutbildningar (ibid.). För det andra menas med monopol att dessa yrkesgrupper tilldelats legitimitet att utföra vissa specialiserade arbetsuppgifter (Macdonald, 1995) vilket innebär att yrkesområdet är skyddat via till exempel legitimationer eller att professionen har självständig kontroll över sin egen yrkesutövning (Dellgran, 2015). För det tredje kännetecknar en profession att det är en yrkesgrupp som har den exklusiva förmågan, eller expertisen, att tillämpa viss generell kunskap på konkreta situationer och fall (Abbot, 1988).

En viktig aspekt gällande professioner är att det finns betydande skillnader vad gäller auktoritet, legitimitet, status samt det förtroende olika yrkesgrupper har bland politiker, i befolkningen eller hos andra yrkesgrupper (Ulfsdotter Eriksson & Svensson, 2009). Makt och statuskillnaderna är bland annat manifesterade i löneskillnader och det finns en koppling till vetenskaplig kunskapsbas, utbildningens längd och inte minst könsrelaterade faktorer (ibid.). Dessa aspekter både avgör och återspeglar professionernas anseende och politiska och organisatoriska makt (ibid.). Det finns också skillnader i hur väl professioners respektive arbetsuppgifter är legalt skyddade (Dellgran, 2015). Till exempel har vissa professioner statlig legitimation (läkare, sjuksköterskor, psykologer) och andra har det inte (socionomer) (ibid.). Läkaryrket är den klassiska och mest utpräglade professionen inom vård- och socialsektorn (Repstad, 2016). Till exempel går en del teoretiker så långt att de påstår att det inte finns några andra professioner på det här området – att andra är semiprofessioner, ”nästanprofessioner” (ibid.). Semiprofessioner har kortare utbildning, svagare yrkesskydd och svagare monopol samt mindre självständighet i sin yrkesutövning och det hävdas att dessa (semi)professioner grundas mer på erfarenhet än vetenskap (ibid.).

Författarna Morén, Perlinski & Blom (2015) har beskrivit en *domänteori för organisering av socialt arbete i offentlig sektor*, detta för att skapa en teoretisk förståelse för det sociala arbetets organisatoriska villkor. För att skapa den förståelsen behöver flera olika

ämnesperspektiv (statsvetenskap, sociologi, socialt arbete) förstås för en bild av hur politik och förvaltning samspelar med och villkorar socialarbetares professionsutövning – alltså det direkta arbetet med klienter (ibid.). De tre domäner som beskrivs för socialt arbete på lokal nivå och som är sammanbundna och beroende av varandra är: *politik, förvaltning och professionsutövning* (ibid.). De tre domänerna har tre olika idealtypiska uppgifter: Politikens uppgift är att utifrån ideologiska ståndpunkter svara för en övergripande styrning av verksamheten, förvaltningens uppgift är att upprätthålla administrativ struktur och styrning för att tillförsäkra effektiv implementering av de politiska besluten och professionernas uppgift blir att på basis av vetenskap och beprövad erfarenhet utforma och genomföra insatser i praktiken som förbättrar människors livssituationer eller upprätthåller nödvändiga livsfunktioner (ibid.). Man kan säga att de tre domänerna bygger på olika rationaliteter då politik bygger på principen om ideologi och folklig representation, förvaltning på principen om byråkrati och saklighet och professionsutövning på principen om expertis och kollegialitet (ibid.). Trots dessa måste domänerna fungera tillsammans och komplettera varandra (ibid.).

En viktig faktor som Morén, et.al (2015) beskriver är att inom organisationer med mer etablerade professioner, som till exempel läkare, är förvaltningsstrukturen åtskild från professionsstrukturen (ibid.). En landstingsdirektör har inte något direkt inflytande över den medicinska professionsutövningen (ibid.). Inom socialtjänsten däremot så är strukturerna eller hierarkierna förvaltning och profession mer sammansmälta och det görs ingen explicit åtskillnad mellan profession och förvaltning (ibid.). Detta innebär att socialdirektören, som förvaltningschef, har en legitimitet att utöva ett direkt inflytande över professionsutövningen och kan ge direktiv om att ett visst arbetssätt eller en speciell metod ska tillämpas i klientarbetet (ibid.).

För att ge ett exempel på hur de tre domänerna politik, förvaltning och professionsutövning kan användas i den föreliggande studien kan det beskrivas att rent professionellt finns det olika kunskap (inom olika verksamhetsdomäner) om hur opiatmissbruk kan och ska behandlas och vilka metoder som ska användas. Förvaltningen vilken de olika professionella arbetar inom ställer villkoren för just vilka arbetsuppgifter/metoder som skall användas på arbetsplatsen för att behandla personer med opiatmissbruk. Slutligen påverkas arbetet av den politiska domänen och här finns staten som står bakom Socialstyrelsen och de nationella riktlinjerna för hur opiatmissbruk ska behandlas. Socialstyrelsen är i sin tur påverkad av bland annat internationella idéströmningar om till exempel ”harm reduction”, alltså skademinskning, vid opiatmissbruk.

4. Metod

Detta avsnitt presenterar studiens metodologiska upplägg, tillförlitlighet och äkthet samt etiska överväganden. Slutligen presenteras en kritisk metodologisk reflektion.

4.1 Metod och design

Då det som undersöks i denna studie är missbrukshandläggare inom socialtjänstens *upplevelser och syn på* att arbeta med klienter med opiatberoende, så har författaren valt att använda kvalitativ metod. Kvalitativ metod är konstruktionistisk till sin art och induktiv (en fördjupad analys av enstaka fall) samt tolkande (Bryman, 2011). Tonvikten i kvalitativ forskning ligger på ord snarare än kvantifiering då man samlar in och analyserar data (ibid). Designen är en fallstudie och i en sådan utgör de olika intervjupersonerna själva utgångspunkten för beskrivningar, vilka skildras med avseende på aspekter som är intressanta för studien (Sohlberg & Sohlberg, 2013). Intervjupersonerna blir de som skapar sammanhang i beskrivningen (ibid.). Socialsekreterarna utgör fallen i den här studien.

4.2 Population och urval

Populationen urvalet är gjort ifrån är missbruksenheter i Dalarna. En population är de enheter vilka man vill göra urvalet ifrån (Bryman, 2011). Inom denna population gjordes ett målinriktat urval (utifrån vad som avsågs undersökas) för att få till stånd intervjuer med minst fem olika socialsekreterare som arbetade med missbrukshandläggning i fem olika kommuner i Dalarna. Ett målinriktat urval är ett icke-sannolikhetsurval där deltagarna strategiskt väljs ut så att de är relevanta utifrån forskningsfrågorna (Bryman, 2011). Några kommuner i Dalarna kontaktades via telefon utan inbördes ordning, storlek eller plats, tills fem olika respondenter från fem olika kommuner hittats. Handläggare från två av kommunerna svarade snabbt och intervjuer kunde bokas in. I några fall hade handläggarna mycket att göra, det tog längre tid för dem att återkomma för att boka intervju. En av de kontaktade kommunerna tackade nej på grund av sjukskrivning och brist på personal. I två av kommunerna intervjuades två socialsekreterare vilket betyder att sammanlagt sju respondenter i fem kommuner intervjuats. Vid ett intervjutillfälle var också en student med och lyssnade men deltog inte aktivt i intervjun.

4.3 Datainsamlingsmetod

Under datainsamlingen användes semistrukturerade intervjuer vilka hölls på respondenternas arbetsplatser. En semistrukturerad intervju innehåller vissa teman som ska beröras (till exempel med hjälp av en intervjuguide) men intervjupersonen har frihet att utforma svaren på sitt eget sätt (Bryman, 2011). En intervjuguide skapades med några inledande allmänna frågor för att sedan gå över på frågor kring missbrukshandläggarens arbete med den klientgrupp som undersökningen avser (personer med opiatberoende). Intervjuguiden användes som ett stöd, i situationer då följdfrågor kom upp ställdes också dessa. Intervjuguiden bifogas som bilaga 1. Samtliga intervjuer spelades in för att författaren sedan skulle kunna transkribera och analysera dem.

4.5 Databearbetning och analys

Efter datainsamlingen transkriberades varje intervju. Tematisk analys användes sedan för att bearbeta och analysera intervjuerna. Författaren gick systematiskt igenom varje intervju utifrån studiens frågeställningar och markerade svar med färgpennor som tycktes falla inom följande: handläggarens inställning till personer med opiatberoende, handläggarens upplevelser av hur socialtjänstens arbete med opiatberoende personer påverkas av tillgängligheten till LARO, handläggarens upplevelse av hur samverkan och samarbete mellan socialtjänst och LARO ser ut samt handläggarens syn på framtiden gällande arbetet med personer med opiatberoende. Under ovanstående rubriker växte sedan de teman fram som ledde till studiens resultat.

I sökande efter teman kan det vara bra att till exempel titta på: repetitioner, lokala kategorier, metaforer och analogier, övergångar, likheter och skillnader, språkliga kopplingar, saknade data samt teorirelaterat material (Bryman, 2011). De teman som uppstod i denna studie kommer ifrån att handläggarna svarade likartat på flera av frågorna. I några fall upptäcktes även olikheter och motsatser vilket också har varit relevant för studiens resultat.

4.6 Tillförlitlighet och äkthet

Inom kvalitativ forskning används istället för begreppen validitet och reliabilitet ofta motsvarande begreppen tillförlitlighet och äkthet (Bryman, 2011).

4.6.1 Tillförlitlighet

Tillförlitlighet innehåller de fyra delkriterierna *trovärdighet*, *överförbarhet*, *pålitlighet* samt *en möjlighet att styrka och konfirmera* (Bryman, 2011). Trovärdighet svarar mot en studies interna validitet (ibid.). För att öka trovärdigheten i en studie och säkerställa att det forskaren upptäcker överensstämmer med de teoretiska idéer som utvecklas under arbetets gång kan respondentvalidering användas (ibid.). Respondentvalidering kan bidra till att säkerställa att forskningen utförts i enighet med de regler som finns. Resultaten av studien rapporteras till de personer som är en del av den sociala verklighet som studerats (ibid.). Under själva intervjuerna i föreliggande studie har författaren också, för att säkerställa svaren uppfattats rätt, gjort sammanfattningar av vad som sagts och ställt kontrollfrågor i likhet med: ”har jag förstått rätt att..?”. Detta examensarbete kommer att mailas ut till de respondenter som deltagit efter att det godkänts och kommer även att presenteras muntligt för en personalgrupp bestående av missbrukshandläggare samt behandlare inom öppenvård. Överförbarhet rör studiens externa validitet (Bryman, 2011). Den externa validiteten rör huruvida resultaten kan generaliseras till andra sociala miljöer och situationer (ibid.). I denna studie görs inget anspråk på överförbarhet då det som studerats är en liten grupp socialsekreterare. Inom kvalitativ forskning eftersträvas djup snarare än bredd (Bryman, 2011). Pålitlighet kan jämföras med begreppet reliabilitet i kvantitativ forskning (ibid.). För att öka pålitligheten i studien försöker författaren göra en sådan fullständig och tillgänglig redogörelse som möjligt över tillvägagångssättet för de olika momenten genom studien och genom detta göra den öppen för granskning. Möjligheten att styrka och konfirmera handlar om objektivitet (Bryman, 2011). Insikten om att det inom samhällslig forskning inte går att få någon fullständig objektivitet är viktig för att säkerställa att författaren agerat i god tro (ibid.). Det ska vara uppenbart att personliga värderingar eller teoretisk inriktning inte ska påverka utförandet av och slutsatserna i en undersökning (ibid.).

4.6.2 Äkthet

Äkthet innehåller delkriterierna *rättvis bild*, *ontologisk autencitet*, *pedagogisk autencitet*, *katalytisk autencitet* samt *taktisk autencitet* (Bryman, 2011.). Författaren till studien har försökt att återspegla en så *rättvis bild* som möjligt av intervjuerna, genom att ta med eventuella olika åsikter eller svar, så det blir tydligt att inte svaren riktats in på det ena eller andra sättet. *Ontologisk autencitet* handlar om huruvida de som medverkar med hjälp av studien får en bättre förståelse av sin sociala situation och den miljö de lever i (Bryman,

2011). Intervjuerna transkriberades och analyserades i relation till teorier och tidigare forskning. Respondenterna kommer att få ta del av resultatet och det kommer även att presenteras för en personalgrupp. Den *pedagogiska autenticiteten* handlar om huruvida undersökningen bidragit till att deltagarna fått en bättre bild av hur andra personer i miljön upplever saker och ting (Bryman, 2011). Här anser författaren att det eventuellt är möjligt genom att flera personer intervjuats som arbetar med samma sak, men i olika kommuner. Genom att få ta del av det färdiga examensarbetet får deltagarna en möjlighet att ta del av vad som sagts i andra intervjuer. *Katalytisk autenticitet* handlar om huruvida studien bidrar till att de medverkande kan förändra sin situation (Bryman, 2011) vilket är en svårare fråga. Denna studie kan eventuellt bidra till fortsatta diskussioner på olika arbetsplatser men författaren kan inte garantera att något skulle kunna förändras. Huruvida undersökningen bidragit till att deltagarna fått möjlighet att vidta de eventuella åtgärder som krävs för att förändra sin situation kallas *taktisk autenticitet* (Bryman, 2011) vilket inte kan säkerställas då detta är en studie i sådan liten omfattning.

4.7 Etiska överväganden

Inom svensk forskning förekommer några etiska principer vilka bör tas hänsyn till – *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* samt *nyttjandekravet* (Bryman 2011). *Informationskravet* innebär att berörda personer informeras om undersökningens syfte samt att deras deltagande är frivilligt och kan närsomhelst avbrytas (ibid.). *Samtyckeskravet* innebär att deltagarna själva har rätt att bestämma över huruvida de vill medverka eller ej (ibid.). *Konfidentialitetskravet* innebär att uppgifter om alla deltagare skall behandlas konfidentiellt och utan att obehöriga kan få tillgång till dem (ibid.). *Nyttjandekravet* innebär att de uppgifter som samlas in om enskilda personer endast får användas till ändamålet för forskningen (ibid.). Författaren i föreliggande studie har tagit del av Högskolan Dalarnas forskningsetiska nämnds blanketter och bedömt att den inte är aktuell urvalet inte innebär någon etiskt problem som skulle behöva ses över. Blanketten bifogas som bilaga 2 i arbetet. Utifrån informationskravet och samtyckeskravet har ett informationsbrev mailats ut samt personligen delats ut till samtliga respondenter. Informationsbrevet har bifogats som bilaga 3 i arbetet. Gällande konfidentialitetskravet så har alla inspelningar hanterats varsamt samt raderats omedelbart då tillgången till dem inte längre behövs. Utifrån nyttjandekravet så har insamlad data endast använts med avsikt för detta examensarbete och det syfte denna studie har.

4.8 Kritisk metodologisk reflektion

Då denna studie syftade till att undersöka missbrukshandläggares upplevelser och tankar om att arbeta med opiatberoende personer så gjordes valet att använda kvalitativ metod så snart tanken om ämne uppstod. För att begränsa population och urval begränsades det till missbruksenheter och handläggare i Dalarna. Författaren är medveten om att resultatet skulle kunna falla annorlunda ut om urvalet gjorts ifrån en större population av socialkontor. Att just Dalarna valts innebär också att samtliga kommuner i studien är knutna till samma LARO mottagning (den inom Landstinget Dalarna, Falun) Hur likartat respondenterna i de olika kommunerna svarat påverkas säkerligen av att de pratar om samma LARO-mottagning. Intervjuguiden skickades inte ut i förväg då författaren inte ville påverka svaren för mycket genom att respondenterna fått se frågorna innan. Däremot skickades ett informationsbrev ut och dessutom fick respondenterna i samband med bokning av intervjuer veta vilket ämne och vilken klientgrupp frågorna berörde. Detta skulle kunna innebära att ämne och klientgrupp diskuterats med övrig personal innan intervjuerna men i det fallet tycker författaren snarare att det skulle vara något positivt då en del av frågorna berör hur hela arbetsplatsen fungerar. Under intervjuerna gjordes semistrukturerade intervjuer, vilka skall innehålla teman som ska beröras. Då författaren vid intervjutillfället inte hade fastställt studiens teoretiska perspektiv så fick studiens syfte och frågeställningar bli de övergripande teman som mer generella frågor kring opiatberoende ställdes utifrån. Redan under tiden intervjuerna pågick växte tydliga teman fram och tanken om teoretiskt perspektiv blev ganska snabbt tydligt. Författaren har agerat i god tro och rakt igenom strävat efter objektivitet och har reflekterat över om det faktum att teorier fått växa fram under datainsamlingen kan ha påverkat studiens resultat. Teman som växte fram under dataanalysen och sedan framställs som studiens resultat har dock uppstått utifrån studiens frågeställningar och inte från de teoretiska perspektiven.

5. Resultat

Transkriberingen av intervjuerna resulterade i 50 sidor empiriskt material som författaren sedan gått igenom med utgångspunkt i studiens frågeställningar. Resultatet presenteras utifrån de underteman till studiens frågeställningar som växt fram under bearbetningen av det empiriska materialet. Sammanlagt har sju respondenter från fem olika kommuner i Dalarna intervjuats. Respondenterna numreras i citaten 1-7.

Tabell: Översikt underteman utifrån frågeställningarna			
Handläggarens inställning till och erfarenhet av personer med opiatberoende	Hur påverkas socialtjänstens arbete med personer med opiatberoende av den ökade tillgängligheten till LARO-behandlingen i Dalarna?	Hur ser samverkan och samarbete ut mellan Socialtjänsten och LARO-mottagningen?	Hur ser handläggaren på framtiden gällande arbetet med personer med opiatberoende?
5.1 Opiatberoende- en svår grupp att jobba med	5.3 Opiatberoende ökar, särskilt bland unga	5.8 Landstinget och läkaren sätter villkoren	5.10 Hur ska huvudmannskapet se ut?
5.2 Opiatberoende personer – exkluderade och illa bemötta i samhället	5.4 Fler vill ha LARO	5.9 Samverkan, samarbete och förberedelse inför LARO	
	5.5 LARO skapar frågor och leder till diskussioner		
	5.6 LARO – en lång och frustrerande väntan		
	5.7 LARO kontra LVM		

5.1 Opiatberoende – en svår grupp att jobba med

Flera respondenter beskrev att det är tungt att jobba med opiatberoende klienter. Det handlar om personer med ett tungt och långt gånget missbruk som innebär svår abstinens. Det beskrivs att det är en klientgrupp som det är svårt att komma framåt med.

”Min erfarenhet av att arbeta med opiatberoende är att det är en väldigt utsatt grupp, både socialt, fysiskt och psykiskt” (Respondent 2).

Klienterna behöver mötas med flexibilitet och öppenhet då det kan vara svårt för dem att ha rutiner och till exempel passa tider för möten och telefontider. Även en brist på kunskap hos missbrukshandläggarna kring den fysiska/medicinska aspekten kring opiatberoende och den svåra abstinensen beskrevs.

5.2 Opiatberoende personer - exkluderade och illa bemötta av samhället

Flera respondenter beskrev också att många av de opiatberoende klienter de mött blivit illa och misstänksamt bemötta på flera ställen i samhället. De beskrev både hur personer som arbetar inom öppenvården varit misstänksamma, på grund av att de inte vet om klienterna tar mer Metadon eller Subutex än de ska, och att klienter blivit illa och misstänksamt bemötta – av personal - både inom socialtjänst och sjukvård.

”Jag har ju följt med ganska många utav LARO patienterna när dom har sökt annan sjukvård och vet ju liksom hur dom ofta blir jävligt misstänksamt bemötta liksom och sådär”
(Respondent 4).

Några respondenter berättar att i vissa fall verkar det också vara avgörande vilken handläggare klienten får, då vissa handläggare lägger in sina personliga värderingar och åsikter om LARO i sitt arbete. Det beskrevs att både de som ansöker om LARO och de som påbörjat själva substitutionsbehandlingen ibland bemöts illa.

”Det har också funnits klienter som har velat komma in i LARO för flera år sedan där handläggaren har satt stopp, det kanske inte är så bra. Lagt in sina egna värderingar i det. Och vi FÅR inte göra det” (Respondent 1).

...”jag har mött socialsekreterare som ser det som, är uttalat liksom, fientliga mot det här och liksom rekommenderar sina klienter att liksom, nej gör i det här, gör någonting annat, 12 steg eller någonting liksom, bli drogfri. Och jag tycker det är hemskt att det är så. (Respondent 4).

Ett annat problem som en av respondenterna beskrev var att opiatberoende klienter blir utstötta på ett sätt på grund av att det är en allmän åsikt att dessa inte ska sammanföras med människor som vill bli/vara drogfria ”på riktigt”. Det kan därför också bli svårigheter och diskussioner om huruvida de ska bo på stödboenden, delta i behandlingsgrupper och ha dagliga sysselsättningar ihop med personer som inte har substitutionsbehandling. Det finns också personer som går på substitutionsbehandling som vill gå på 12-stegsmöten men i många av dessa grupper får de inte prata då de anses vara påverkade och de möts dessutom med misstänksamhet och negativitet på grund av deras val att gå på LARO.

”Nej men det är ju en grupp som är exkluderade. Så är det.” (Respondent 1).

5.3 Opiatberoendet ökar, särskilt bland unga.

En ökning av opiatberoende beskrevs av en stor del av respondenterna. De beskrev att ökningen märks av främst bland unga personer. Flera beskrev att de upplever att den största gruppen personer med opiatberoende är mellan ungefär 18-35 år och kanske allra flest mellan 20-30.

”Mest yngre. Alltså jag kan inte, säga att ja, jag skulle säga att målgruppen är yngre. Alltså, ja, vad ska man säga, 30 och under 30...jag tycker att man ser att det går ner i, att det är vanligare i alla fall hos dom som är i 20-30 års-åldern” (Respondent 4).

Det är oklart om själva missbruket faktiskt *har* ökat eller om det märks av mer nu när tillgängligheten till LARO är högre, vilket innebär att det söker sig fler klienter till socialtjänsten för att få stöd i att klara av sin substitutionsbehandling.

”Men, jag ser nog också en ökning av opiatberoende kan jag nog tycka. Eller om vi har blivit duktigare på att bena ut vad som är vad kanske” (Respondent 3).

5.4 Fler vill ha LARO

Många respondenter beskrev att det märks att det nu är lättare att komma in på LARO. Personer som hör av sig till socialtjänsten för att få stöd i att klara av (och ibland ansöka om) LARO har ökat.

”Dom vill ju ha det här, det är ju det dom vill ha” (Respondent 1).

För att kunna antas till LARO krävs att personen som söker har en ordnad situation med boende och försörjning och så vidare, och i de fallen kontaktas ofta socialtjänsten för att kunna hjälpa till att stötta upp för att individer ska kunna klara av den medicinska behandlingen.

...”såna som vill in på LARO eller är inne på LARO har ju också ökat väldigt mycket bara under de åren som jag har jobbat, så det är ju en jättestor skillnad”
(Respondent 5).

5.5 LARO skapar frågor och leder till diskussioner

Samtliga respondenter beskrev på olika sätt att LARO är en omdiskuterad fråga i deras personalgrupp. Det är svårt för en del att se LARO som en behandlingsmetod då det anses vara ett sorts fortsatt missbruk, bara på laglig väg.

”Vi har varit väldigt motståndare emot det. Alltså vi på vår, alltså just på våran grupp här, och dom som jobbar med behandling hos oss och sådär. Man tycker inte liksom att, ja, att man ska ha det där.” (Respondent 6).

...”vi jobbar ju liksom med behandling. Alltså 12 stegsbehandling eller vad det nu än må vara. KBT. Medan sjukvården har ju alltid kanske ett mer medicinskt synsätt”. (Respondent 5).

Också erfarenheter av att sett hur det gått för en del av klienterna i väntan på LARO men även efter att de skrivits in på programmet har påverkat mångas inställning.

”För mig är det här jättekonstigt, att man inte ser behovet av en beteendeförändring och stöd och motivation. Medicin löser inte allt” (Respondent 2).

En del av det som diskuteras är bland annat vilken behandling personer inskrivna i LARO ska få, hur de ska bo inom ramen av socialtjänsten, huruvida de ska grupperas ihop med personer som inte har någon medicinsk behandling för opiatberoende, vilken sysselsättning ska de erbjudas och huruvida personerna som söker LARO faktiskt behöver det. Vissa av respondenterna jag intervjuat har själva uttryckt sina värderingar och åsikter kring detta och andra har beskrivit att de är trötta på andras åsikter och diskussioner. Det är hursomhelst tydligt att det inte finns en likriktad syn på hur det hela ska gå till.

...” folk som går på LARO är inte så intresserade av att ha sysselsättning. Det är ganska mycket att dom har fullt upp med att hålla sig drogfria. Och jag tror att man har den inställningen på grund av att man inte har fått behandling. Så att man förstår” (Respondent 2).

5.6 LARO – lång och frustrerande väntan

Ett problem som flera respondenter beskrev var den långa kötiden till LARO. De beskrev hur personer med opiatberoende utsätts för fara under kötiden och att det finns risk för att missbruket blir ännu allvarligare under tiden.

”Folk har stått i kö väldigt länge. Dom måste vara positiva på opiater för att kunna få den här behandlingen vilket resulterar i att dom fortfarande är ute och knarkar. Ute. Köper metadon olagligt, eller opiater helt enkelt” (Respondent 1).

Under kötiden kommer många klienter i kläm då inga insatser kan påbörjas innan LARO är igång – personen är ju aktiv i ett missbruk. Vissa kommuner har, i de fall klientens missbruk varit på väg att bli riktigt allvarligt under kötiden, i samråd med LARO-mottagningen, köpt insättning av den medicinska behandlingen på externt behandlingshem. Detta för att rädda liv. I detta fall blir också kostnaden för insättning av behandlingen plötsligt ett kommunansvar trots att det faktiskt är landstinget som ska stå för den medicinska behandlingen.

”Det kan ju bli lite konstigt då i och med att de går med på frivillig vård, men man vill ha LARO, och det kan inte vi i kommunen tillgodose. Det behövs. Alltså det ligger inte på vårt bord att tillgodose det, för det är ett landstingsansvar, men det blir ändå vårt ansvar” ”och då köper vi. Gör vi “ ”Då är det ju billigare för oss att skicka iväg och sätta in. Så är det. I långa loppet är det det” (Respondent 1).

En respondent beskrev också att det är väldigt svårt som handläggare att komma framåt och jobba i ärendet så länge klienten står i kö. Det är sällan någon som ansökt om LARO är öppen för andra förslag innan de fått besked om hur det blir.

”Det största dilemma är ändå den här väntetiden. Att en person kan gå och vänta i ja, men sex månader, och då är det inte ens den kortaste väntetiden vi har varit med om på att ens få veta om man eventuellt kanske kommer in i programmet” (Respondent 5).

Det kan finnas behov av många insatser men inget kan påbörjas så länge personen väntar, främst för att klienten i första hand vill ha LARO och vill veta hur det blir med det först.

”Om man åtminstone visste på ett ungefär vart det var på väg någonstans så kanske det skulle vara lättare att göra en planering. För dom hamnar oftast i någon sån här... limbo. Dom bara liksom flyter med för att dom väntar på besked och vi ser att här skulle vi behöva sätta in insatser. Men vi vet inte vart det kommer att ta vägen. Det blir svårplanerat liksom” (Respondent 5).

5.7 LARO kontra LVM

Flera av respondenterna beskrev att det uppstått problem i samband med LVM – Lag om vård av missbrukare i vissa fall (SFS 1988:870) i relation till LARO. Exempelvis gick i ett fall inte LVM igenom hos förvaltningsrätten på grund av att personen stod i kö till LARO. Behovet ansågs vara tillgodosett på annat sätt. Detta trots att det var obestämd kötid och personen riskerar att dö under tiden. I ett annat fall beskrev en respondent att ett LVM inte gick igenom för en person som var inskriven på LARO men hade ett omfattande sidomissbruk – även här på grund av att behovet av hjälp redan ansågs vara tillgodosett på annat sätt.

...”där har vi ett ärende där vi faktiskt fick, vi fick inte igenom LVM i förvaltningsrätten för att man var inskriven i LARO, trots ett omfattande sidomissbruk. Det blir en svårighet” (Respondent 3).

En frustration uttrycktes över det faktum att förvaltningsrätten tar det slutgiltiga beslutet om LVM, kommunen har det yttersta ansvaret för kommuninvånarens liv och hälsa och landstinget är den som beviljar den önskade behandlingen. Inget av detta synkroniserar

tidsmässigt på grund av de långa köerna. Statens institutionsstyrelse (SIS) har endast fem platser på LVM institutioner i hela Sverige där LARO kan erbjudas, vilket gör att det blir problematiskt även i de fall där LVM ändå går igenom. Köerna är långa, både till tvångsvård och öppenvård för att få LARO.

”Sen fungerar det ju som det gör, alltså med tanke på att dom har högt tryck på SIS, och dom platserna kanske är fulla. Då blir det ett jättedilemma, så då får man väl ta ställning till, ja, huruvida man får flytta personen då kanske till ett öppet behandlingshem. Alltså där man kan ha LARO. Och ja, i så fall häva LVM: et. Men det blir ju väldigt dubbelt. Det blir ju svårt, alltså det blir fel hur man än gör känns det som” (Respondent 5).

Några respondenter beskrev också problematiken i att ta ett LVM för en person med opiatberoende (utan SIS placering med LARO) vilket innebär att denne abrupt måste avbryta sitt missbruk, den stora risken blir då att personen sedan tar återfall när de kommer ut från tvångsvården, och dör.

...”jag har ju tagit LVM på opiatmissbrukare, två har dött på grund av LVM” (Respondent 2).

...”dom utsätter man ju för en jättestor risk alltså i och med ett LVM, för när dom kommer ut sen liksom, ja, det finns det ju forskning på alltså. Att överdoserna då. Just för den här gruppen liksom” (Respondent 4).

5.8 Landstinget och läkaren sätter villkoren

Från respondenter framkom en upplevelse av att det är landstinget och läkaren som sätter villkoren för de här klienterna. Det beskrevs en bild av att det förekommer en hierarki inom sjukvården där läkaren alltid har sista ordet. Ingen vågar säga emot en läkare eller psykiater vilkas kunskaper väger tungt.

...”läkarna i Landstinget har ju jättestor makt att göra som dom vill. Utifrån liksom medicinska bedömningar” ”Det kan jag se som ett ganska stort problem i Landstinget” (Respondent 4).

”Nej det är nog läkaren, skulle jag nog säga, som har sista ordet” (Respondent 5).

I de fall vissa kommuner skickar iväg klienter för insättning av LARO på externa behandlingshem måste en överenskommelse finnas med läkaren på mottagningen. Det är då läkaren som ansvarar för den medicinska behandlingen och klienten får inte skrivas ut och komma hem förrän det är dennes tur i kön. Det beskrevs att det tycks vara ett lotteri beträffande vem som godkänns eller inte att skickas iväg, beroende på om de varit skötsamma eller ej.

”Jag har nyligen haft en klient som jag har, som jag skulle ha skickat på insättning men där inte läkaren ställer sig bakom. Trots att vi betalar för det. Men dom ställer sig inte bakom och skriver ut” ...”Vissa ska få insättning som vi, socialtjänsten, bekostar medans vissa får det inte. Då ska man stå kvar och kämpa och kämpa, det känns som att det blir något straff emot dom som kanske inte varit där riktigt och så. Alltså ska man jobba ska man ju jobba likvärdigt på något sätt” (Respondent 1).

5.9 Samverkan, samarbete och förberedelse inför LARO

När frågan om samverkan/samarbete med LARO-mottagningen kommer upp berättar alla respondenter att när någon av deras klienter har ett opiatberoende och vill ha LARO så är de behjälpliga i att ta reda på information, kontakta mottagningen och se till att personen på bästa sätt ska kunna ta emot behandlingen.

”Vi brukar väl försöka samverka kring dom här klienterna så att dom ska kunna se till att dom ska ha boende och stöd i boendet för att dom ska kunna klara av att genomföra den här medicinska behandlingen” (Respondent 7).

...”när vi har personer som har skrivits in i LARO har vi försökt att vara behjälpliga med att ordna tryggt kring personerna, alltså att det sociala, att man har tak över huvudet och att man har någonting att göra och för att det ska vara verksamt för att ens gå in i LARO”
(Respondent 3).

En del av handläggarna deltar i gemensamma samordnade individuella vårdplaner (SIP) tillsammans med klienten och LARO-mottagningen. Socialtjänsten håller kontakt med klienterna under den långa kötiden och försöker under tiden se till att förbereda dem på att de ska klara av att ta emot behandlingen när det blir deras tur i kön. Ibland hjälper de till att ringa och ställa frågor eller följer med klienter till mottagningen på förberedande möten. Det som

beskrivs är alltså ett samarbete med själva *klienten*. Då frågan om samarbete med själva LARO-mottagningen tas upp så blir det tydligt även här att den långa kön är ett stort bekymmer som sätter käppar i hjulet för samarbete.

”Det finns inga svårigheter som jag har upplevt, har jag inte gjort. Nej det, alltså, dom har ju en kö. Svårigheter med klienterna eller samverkan tillsammans med socialtjänst och LARO så är det ju så här att dom har sin kö” (Respondent 1).

”Det vi ofta fastnar i är att, om, så som det ser ut nu, så får dom ju ställas i kö. Alltså man, om jag vill in på LARO-behandlingen så ringer jag och säger det och så får jag stå i kö” (Respondent 5).

På frågan om hur handläggarna ser på framtiden gällande LARO så uttryckte några respondenter att de önskar en bättre och mer uttalad samverkan och mer kunskap om LARO-behandlingen. Även någon form av likriktad handlingsplan om hur det ska gå till i dessa ärenden för alla iblandade kommuner föreslogs. Det har framkommit att klienter från olika kommuner pratar med varandra och det har visat sig att det skiljer sig åt i hur ärendehantering går till, vilket innebär att enskilda handläggare ibland ifrågasätts av klienter.

”Sen skulle det vara fantastiskt bra om det bli någon sån här övergripande - att så här fungerar det mellan Landstinget och kommunen i det stora hela - för det blir ju också så att klienterna pratar med varandra, dom känner ju folk i andra kommuner, och där gör dom på det här viset och varför gör inte ni så och alltså att det finns någon överenskommelse liksom hur det fungerar kring de här personerna” (Respondent 5).

5.10 Hur ska huvudmannskapet ser ut?

Många av respondenterna hade funderingar på hur framtiden skulle kunna komma att se ut gällande huvudmannskapet för behandling av opiatberoende och där fanns fler olika tankar om det. Några trodde att socialtjänsten kommer att få ta ett större ansvar för personer med opiatberoende framöver och andra trodde att landstinget helt kommer att ta över. Någon tyckte också att socialtjänsten behöver hänga med i Landstingets utveckling och anpassa sin verksamhet mer till det läget som nu är med ökat opiatberoende och tillgängligheten till LARO.

”Ja, det verkar ju bli vanligare med medicinering. Vi kommer ju aldrig att kunna bevilja mediciner” (Respondent 7).

”Man kanske lär hänga med i utvecklingen som sker inom landstinget också liksom. Det är ju, viktigast är ju att det minimerar ju mycket risker” (Respondent 7).

Det beskrevs också vara ett problem att det just nu är skilda huvudmän och att det kanske vore bra om en och samma aktör hade hand om allt.

”Jag tror att det är ett problem att det är skilda huvudmän. Just när det gäller den här behandlingen då, att det finns en medicinsk del och de här psykosociala bitarna som en annan vårdgivare ska vara ansvarig för” (Respondent 4).

6. Diskussion

Syftet med studien är att skaffa kunskap om och belysa hur missbrukshandläggare inom socialtjänsten i Dalarna ser på sitt arbete med personer med opiatberoende i relation till den ökade tillgängligheten till LARO. Nedan kommer studiens resultat att diskuteras relaterat till de teoretiska perspektiven samt tidigare forskning - med utgångspunkt i studiens frågeställningar.

6.1 Handläggarnas inställning till och erfarenhet av opiatberoende personer

Heilig (2011) beskriver obehandlat opiatberoende som ett mycket allvarligt sjukdomstillstånd med hög mortalitet bland unga människor, vilket också några av respondenterna vittnar om då de beskriver opiatberoende klienter med ett långt gånget missbruk som det är tungt att jobba med. Några respondenter beskriver upplevelsen av att opiatberoende ökar, främst bland unga, vilket är viktigt att notera utifrån det Heilig (2011) skriver om att opiatberoende i ett obehandlat läge innebär just hög mortalitet för denna grupp. Heilig (2011) beskriver också att *genomtänkta behandlingsinsatser är helt avgörande för om patienterna överlever*. Ness et. al (2014) skriver i sin studie om hur hjälpare inom bland annat missbruksvården på ett bra sätt skulle kunna samverka med sina klienter i sitt praktiska arbete. Två viktiga egenskaper för att kunna möta klienten är *tillgänglighet och flexibilitet* (Ness et.al, 2014) vilket också framkommer som ett resultat i föreliggande studie, där en av respondenterna beskriver att just opiatberoende klienter kan ha svårt att ha rutiner för att passa möten och telefontider. Ett bekymmer som beskrivs i Ness et.al (2014) studie är hur människor med psykisk ohälsa och missbruksproblem möts av ett myller av byråkrati när de söker hjälp för sina problem vilket tar mycket tid från själva *mötet* med klienten. Svårigheten att möta alla byråkratiska regler, bristen på en skraddarsydd vård för individen samt att klienter behöver navigera genom komplexa system och organisationer innebär hinder för en bra återhämtningsprocess och att en del klienter försvinner på vägen (ibid). Några av respondenterna i föreliggande studie beskriver också att många av de opiatberoende klienter de mött blivit illa och misstänksamt bemötta på flera ställen i samhället och att det kan vara avgörande vilken handläggare de får, då vissa handläggare lägger in sina personliga värderingar om LARO i sitt möte med klienten och i sitt arbete. Då det i tidigare forskning (Ness et.al, 2014; Johnson, 2011) beskrivs hur viktigt det är att samverka med klienten för ett bra behandlingsresultat och vikten av att

bibehålla mänskliga relationer och möta klientens behov och önskemål så anser författaren i föreliggande studie att det är allvarligt att en del klienter bemöts negativt och med misstänksamhet i deras hjälpsökande. Ness et.al (2014) beskriver vidare hur viktigt det är att informera klienten om deras civila och humana rättigheter för att de ska kunna göra sina egna val samt att finnas där över tid och ge klienterna lite mer än de förväntar sig, hur viktigt det är att *inte ge upp*.

6.2 Handläggarens upplevelse av hur socialtjänstens arbete med opiatberoende klienter påverkats av tillgängligheten till LARO

Goldberg (2010) beskriver att det finns två dominerande narkotikapolitiska paradigmer i världen idag vilka är *prohibition* (restriktiv och förbjudande narkotikapolitik) samt *harm reduction* (skademinskning av narkotikans konsekvenser). Underhållsbehandling vid opiatmissbruk är en av de skademinskande insatser som ingår i paradigmet harm reduction (Järvinen & Andersen, 2009). I föreliggande studies inledande avsnitt (kapitel 1) beskrivs utifrån SOU 2011:6 att LARO numera har en dominerande ställning som behandlingsform vid opiatmissbruk. Det har också skett en övergång från institutionsvård till öppenvård, med minskat inslag av tvång (SOU 2011:6). Under senare år har harm reduction fått en allt starkare ställning (ibid.). Läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin eller Metadon är också det som främst rekommenderas vid opiatberoende utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende (Socialstyrelsen, 2015b). I resultatet av denna studie beskriver flera respondenter att de märker av att det nu är lättare för opiatberoende klienter att komma in på LARO, genom att fler och fler hör av sig till socialtjänsten angående att söka den typen av behandling. Socialtjänsten kan varken bevilja eller utföra läkemedelsassisterad behandling men de flesta handläggare bistår ändå med att hjälpa dessa klienter på olika sätt i att göra vad de kan för att klienten ska kunna ta emot den medicinska behandlingen. Det kan handla om hjälp att kontakta LARO-mottagningen, se över boende och försörjning och annat som kan behöva vara stabilt inför att ta emot LARO.

DiMaggio & Powell (1983) myntade begreppet organisatoriskt fält. Det finns flera olika beskrivningar av vad som menas med detta men en är att det handlar om det område där flera olika organisationer ägnar sig åt liknande verksamhet (DiMaggio & Powell, 1991). Grape (2012) beskriver att det inom olika organisatoriska fält finns olika logiker som är en sorts ramar som blir standarden för vad en viss organisation bör eller ska göra i sitt fält och som inte kan ifrågasättas av andra organisationer inom samma verksamhetsområde. Det skulle

kunna beskrivas att det organisatoriska fältet i föreliggande studie handlar om missbruksvård och de logiker som utgör missbruksvården inom hälso-sjukvården samt socialtjänsten ser olika ut. Samtliga respondenter i denna studie beskriver att LARO är en omdiskuterad fråga i deras personalgrupp. Grape (2001) beskriver att en verksamhetsdomän är det aktivitetsområde inom ett organisatoriskt fält som flera aktörer avser att praktiskt arbeta med (eller samarbeta om). Domänen i den här studien kan beskrivas vara behandling av opiatberoende. Olika aktörer kan alltså arbeta inom samma domän, men ha olika domänanspråk – kunskapsområdet en organisation hävdar de är legitima företrädare för (Grape, 2006; Danemark & Kullberg, 1999; Mallander, 1996). Om aktörerna inte kommer överens eller respekterar varandras domänanspråk så kan en domänkonflikt uppstå (Grape, 2001). Handläggarna i föreliggande studie beskriver att diskussioner som förs angående LARO är att det av vissa anses vara ett fortsatt missbruk. En del är helt emot det och det diskuteras huruvida man kan sätta personer som går på LARO i grupp med de som försöker bli drogfria, i exempelvis stödboenden eller behandlingsgrupper. Beskrivningen av diskussionerna och att LARO anses vara kontroversiellt kan tyda på att det föreligger en *domänkonflikt* mellan landstinget och socialtjänsten om vad som egentligen är den bästa behandlingen eller hjälpen vid opiatberoende. Det kan också tyda på att personer inom socialtjänsten har för dålig kunskap rent medicinskt, för att förstå innebörden av varför läkemedelsassisterad behandling anses vara så verksamt och dessutom rekommenderas av Socialstyrelsen.

En av de företeelser som är mest frustrerande för missbrukshandläggarna i relation till LARO är de långa köerna för att komma in. Lindqvist (2000) beskriver att det kan uppstå problem både för individ och samhälle då flera organisationer har överlappande domänanspråk på en gemensam verksamhetsdomän och ingen riktigt vill ta ansvar för den. Resultatet av studien visar exempel på hur socialtjänstens krav på att hjälpa missbrukaren utifrån Socialtjänstlagen krockar med det faktum att klienten vill ha LARO och att det är lång kö till behandlingen. Både Socialtjänst och landstinget gör anspråk på att hjälpa klienten med opiatberoende men utifrån olika domänanspråk och olika logiker och dessutom utifrån olika förutsättningar rent tidsmässigt. Detta skapar problem för både klienten, som hamnar i kläm och utsätts för fara under kötiden samt för handläggaren som inte kan gå vidare i sin planering runt klienten så länge de inte vet huruvida klienten kommer in på LARO eller ej. Vissa kommuner har i de fall det är riktigt illa med klientens opiatberoende ibland köpt insättning av den läkemedelsassisterade behandlingen på externt behandlingshem för att rädda liv. Bride et.al (2016) menar att inga studier finns som påvisar positiva resultat av enbart medicin vid

opiatberoende. Även Heilig (2011) påvisar detta då han menar att det är särskilt viktigt vid opiatberoende att komponera ihop en integrerad behandlingsmodell, där både farmakologisk behandling och psykosociala metoder samverkar, då dessa behandlingsinsatser enskilt har relativt liten effekt. Enigt Bride et.al (2016) så har det visat sig att speciellt för personer med ett tungt opiatberoende har en tid på behandlingshem för samsjuklighet (missbruk och psykisk ohälsa) visat sig vara den mest passande hjälpen. Trots att dessa kommer till behandlingshemmet med en högre grad av beroenderelaterade problem så visade det sig att deras behandling var lika framgångsrik som för klienter som var beroende av andra substanser (ibid). Det kan vara framgångsrikt att även få hjälp med att behandla riskbeteenden eller andra sociala konsekvenser av missbruket under en tid på behandlingshem (ibid.). Att notera är att i Bride et.al (2011) studie handlade det om ett behandlingshem för samsjuklighet *utan* insättning av läkemedelsassisterad behandling. Handläggarna i föreliggande studie berättar om de som skickats på insättning på externt behandlingshem och att det i de fallen fungerat bra, vilket kan vara ett exempel på det Heilig (2011) menar med en integrerad behandlingsmodell, där både farmakologisk behandling och psykosociala metoder samverkar, vilket enligt honom är särskilt viktigt vid opiatberoende. Det låter som en bra idé och tanke att skicka iväg de tyngsta klienterna på extern behandling under insättningstiden, för att rädda liv, men dilemmat här blir att de som får betala för detta bli kommunen, trots att landstinget är de som står för läkemedelsassisterad behandling. Här råder alltså en domänkonflikt om vem som ska göra vad.

En tredje aktör inom det organisatoriska fältet missbruksvård, utöver landstinget och socialtjänsten är *förvaltningsrätten*, vilka bedömer behovet av tvångsvård vid missbruk – LVM (lag om vård av missbrukare i vissa fall, SFS 1988:870). I den föreliggande studien beskriver flera av respondenterna problem i samband med LVM då klienten var inskriven på eller stod i kö till LARO. Respondenterna beskriver olika ärenden där LVM inte gått igenom på grund av att personen står i kö till eller är inskriven på LARO, vilket av förvaltningsrätten ansetts betyda att behovet är tillgodosett på annat sätt. En komplexitet beskrivs också i att det endast finns fem institutionsplatser i hela Sverige där man kan tvångsvårdas och samtidigt få läkemedelsassisterad behandling. Morén et.al (2015) beskriver en speciell domänteori för organisering av socialt arbete i offentlig sektor. Denna beskriver hur politik och förvaltning samspelar med och villkorar socialarbetarens professionsutövning och det direkta arbetet med klienterna (ibid.). De domänerna som beskrivs är *politik, förvaltning och professionsutövning*, vilka har tre olika idealtypiska uppgifter (ibid.). *Politikens* uppgift är att utifrån ideologiska

ståndpunkter svara för en övergripande styrning av verksamheten, *förvaltningens* uppgift är att upprätthålla administrativ struktur och styrning för att tillförsäkra effektiv implementering av de politiska besluten och *professionernas* uppgift blir att på basis av vetenskap och beprövad erfarenhet utforma och genomföra insatser i praktiken som förbättrar människors livssituationer eller upprätthåller nödvändiga livsfunktioner (ibid.). De tre domänerna bygger också på *olika rationaliteter* då politik bygger på principen om ideologi och folklig representation, förvaltning på principen om byråkrati och saklighet och professionsutövning på principen om expertis och kollegialitet (ibid.). Även här blir det tydligt att det handlar om olika aktörer inom ett och samma organisatoriska fält (missbruksvård) som arbetar med en och samma verksamhetsdomän (opiatberoende) men som har helt skilda logiker. Dessa aktörer har också olika organisatoriska villkor och bygger på skilda rationaliteter. Det verkar saknas ett övergripande synsätt på hur personer med opiatberoende som har en anknytning till läkemedelsassisterad behandling skall bedömas rent lagmässigt och hur olika aktörer skall agera i de fallen för att hålla personen vid liv. Antalet LARO platser inom tvångsvård skulle behöva ses över. Det finns en stor risk med att underlåta att bevilja LVM för en person med svårt opiatberoende då det tunga missbruket är dödligt. Det är samtidigt lika riskfyllt att bevilja LVM för en person utan att denne får insättning under tvångsvården, då klienten då istället riskerar att dö när den skrivs ut. Det är samma dilemma gällande att bevilja LVM för redan inskrivna klienter på LARO, om personen inte kan få fortsatt medicinering under tvångsvården. Framförallt anser författaren i föreliggande studie att alla de relevanta aktörer som är inblandade fallen som avser tvångsvård vid opiatberoende skulle behöva mötas och diskutera fram en gemensam handlingsplan för att rädda liv.

6.3 Handläggarens upplevelse av hur samverkan och samarbete mellan socialtjänsten och LARO ser ut

Dellgran (2015) nämner de tre centrala aspekterna vetenskap, monopol och expertis i professionsbegreppet. Olika yrkesgrupper utför sina tjänster på vetenskapligt grundade arbetsuppgifter, för vilka de har monopolen (legitimiteten) att utföra vissa arbetsuppgifter som de har en viss expertis att utföra (ibid.). Vad gäller respondenterna i föreliggande studie så beskriver de att de är behjälpliga för klienter att ta reda på information, kontakta LARO mottagningen, delta i SIP (samordnade individuella planeringar) och att ordna så att klienten på bästa sätt ska få möjlighet att beviljas LARO. Flera respondenter beskriver också hur de har kontakt med klienter under kötiden. Då frågan ställs hur samarbetet med LARO

mottagningen ser ut så är detta vad som beskrivs, alltså ett samarbete med klienten. Missbrukshandläggarens uppgift blir alltså att ordna för psykosociala och sociala förutsättningar för att kunna ta emot den medicinska behandlingen som andra professioner ansvarar för.

Ulfsson, Eriksson & Svensson (2009) beskriver att det finns betydande skillnader vad gäller auktoritet, legitimitet, status och det förtroende olika yrkesgrupper har bland politiker, i befolkningen samt inför andra yrkesgrupper. Repstad (2016) skriver att läkaryrket är den klassiska och mest utpräglade professionen inom vård – och socialsektorn och att en del teoretiker menar att det inte finns några andra ”riktiga” professioner inom detta område. Flera respondenter i föreliggande studie beskriver att det är LARO mottagningens läkare som sätter villkoren för de opiatberoende klienter som vill ha läkemedelsassisterad behandling. Det beskrivs att ingen vågar säga emot någon läkare, hur läkare inom landstinget har stor makt och att läkaren har sista ordet. Det framkommer också i resultatet att i de fall en handläggare behövt skicka en LVM mässig klient på insättning av sin medicinska behandling på externt behandlingshem så har läkaren i vissa fall sagt nej, då det handlat om en ”besvärlig” klient som inte ”skött sig” i förhållande till LARO-mottagningen. Missbrukshandläggarens upplevelse här har blivit att klienten ”straffas” och att bedömningen inte varit likvärdig för olika klienter. Ekendahl (2011) menar att det finns en risk att missbruksvården blir polariserad och att socialt stabila klienter med begränsade problem är de som prioriteras för insatser medan marginaliserade klienter med stora problem snarare hanteras än rehabiliteras. Ekendahl beskriver också att många av de klienter som deltar i uppföljningar av medicinska kliniska experiment gällande till exempel läkemedelsassisterad behandling är mer följsamma, motiverade och socialt stabila än den grupp missbrukare socialtjänsten kommer i kontakt med (ibid.). Även SBU (2009) visar i en rapport att studier gällande underhållsbehandling med metadon eller buprenorfin gjorts på deltagare där en majoritet var män som inte led av allvarlig psykisk sjukdom eller kroppsliga symptom/sjukdomar och att vanliga patientgrupper inom det här klientelet utelämnats.

Järvinen & Andersen (2007) beskriver en bild inom missbruksvården som nu skapats i Danmark, där underhållsbehandling blivit vanligt. När det gäller personer med opiatmissbruk utgår bilden ifrån den verklighetsbeskrivning samhället har om ”harm reduction” (skademinskning) (ibid.). Förståelsen som skapats är att opiatmissbrukare är obotliga, behöver livslång vård för sitt missbruk med hjälp av underhållsbehandling, samtidigt som de behöver praktisk, ekonomisk och psykosocial hjälp för att bli fungerande samhällsmedborgare (ibid.).

Detta är också vad klienterna motiveras och övertalas till av socialarbetare, läkare, vårdpersonal, vilket fråntar klienterna deras självbestämmande om vilken behandling de faktiskt skulle kunna få för sitt missbruk (ibid.). Ekendahl (2011) menar också att de som behöver behandling som mest, de grävsta och mest utsatta missbrukarna är de som i praktiken får minst faktiska behandlingsinsatser och snarare mer livsuppehållande insatser. Han menar också att den mest grava och socialt utsatta gruppen klienter tenderar att gå ut och in i vårdsystemet utan att uppleva varaktig förbättring av livssituationen vilket betyder att missbruksvården kan uppfattas mer som en kontaktyta och ett socialt sammanhang för dessa individer än som en faktisk hjälp (ibid.). Utifrån ovanstående kan det uppfattas som att socialtjänsten bibehåller en kontaktyta med personer med grav missbruksproblematik samtidigt som landstinget sätter villkoren för vem som ska få hjälp med medicinsk behandling. Det är en lång väntan vilket innebär att klienter med tungt beroende hinner bli ännu sjukare i sitt beroende under tiden. Handläggare i socialtjänsten beskriver hur de ”kämpar på” och försöker hålla klienter vid liv, samtidigt som de inte kan göra vidare planeringar eller insatser innan det finns ett svar huruvida klienten ska beviljas läkemedelsassisterad behandling eller inte. Det är svårt att säga om detta kan ses som ”samverkan” eller samarbete, kanske det snarare är två olika aktörer, innehållande olika professioner, som försöker arbeta under samma verksamhetsdomän. I den ena organisationen har vissa professioner (läkarna) större auktoritet vilket påverkar den andra organisationen och inte minst de klienter som aktörerna ämnar att hjälpa. Aktörerna arbetar dessutom utifrån skilda logiker och olika lagstiftning samtidigt som de arbetar utifrån olika politik, förvaltning och professionsutövning fast med samma klienter.

6.4 Handläggarens syn på framtiden gällande arbetet med opiatberoende personer

Några respondenter beskriver att de framledes önskar mer kunskap samt mer uttalad samverkan i form av en likriktad handlingsplan för hur det ska gå till i ärenden där LARO blir aktuellt. DiMaggio & Powell (1983) beskriver att aktörer inom organisatoriska fält kan riskera sin överlevnad om de avviker från fältets normer. Aktörerna inom organisatoriska fält arbetar utifrån logiker som blir den standard/ram utifrån vad organisationen ska/bör göra (Grape, 2012). Kanske kan kunskapen om organisatoriska fält, domäner och professioner vara en förutsättning för att de inblandade aktörerna (socialtjänsten och landstinget) tillsammans

skulle kunna lära av varandra för att på ett bättre sätt kunna hjälpa de opiatberoende klienterna?

Flera respondenter uttryckte också tankar om att de tror att behandlingen av opiatberoende i framtiden kommer att erhållas av en huvudaktör. Så länge lagstiftningen säger att det yttersta ansvaret för invånarna ligger hos respektive kommun, är det oundvikligt att den på något sätt ska vara inblandad. Det finns en risk med tanken om att opiatberoende mer och mer handlar om en medicinsk fråga och att landstinget mer skulle ”tar över”. Risken är att socialtjänsten, i linje med hur Järvinen & Andersen (2009) beskriver att det gått mot i Danmark, fråntar klienterna deras självbestämmande om vilken behandling som är den bästa för deras opiatberoende och istället motiverar alla till att ta emot LARO.

6.5 Slutsatser

Opiatberoende är ett mycket allvarligt sjukdomstillstånd som kräver genomtänkta behandlingsinsatser. Missbrukshandläggare inom socialtjänsten i Dalarna upplever en del svårigheter i sitt arbete med opiatberoende klienter, i relation till att LARO nu blivit en mer dominerande behandlingsform för dessa. Det faktum att två aktörer (kommunen och landstinget) arbetar inom samma verksamhetsdomän men utifrån olika förutsättningar skapar hinder i arbetet med dessa klienter. Långa kötider och samtidigt svårigheter att få igenom ansökningar om tvångsvård innebär en risk för klienternas liv. Som framtida forskning föreslås en studie där även landstingets personal får uttrycka sina erfarenheter och upplevelser av att arbeta med dessa klienter i relation till flera aktörer inom samma verksamhetsdomän. Det finns även behov av forskning och en översyn angående vad lagstiftningen ger för eventuella konsekvenser när den tillämpas i praktiken i missbruksärenden. Denna studie skulle kunna vara ett bidrag till att väcka intresse för att se över arbetet med och framförallt samverka kring opiatberoende personer. Opiatberoende är ett allvarligt och svårt tillstånd och narkotikadödligheten i Sverige är mycket hög. Det finns mycket kvar att göra i försök att rädda dessa personers liv.

Referenser

- Abbott, A.D. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Bride, B.E. Macmaster S.A, Morse, S.A, Watson C.M. Choi, S & Seiters, J. (2016). A Comparison of Opioid and Nonopioid Substance Users in Residential Treatment for Co-Occurring Substance Use and Mental Disorders. *Social Work in Public Health*, 31(7). doi: 10.1080/19371918.2016.1188738.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber.
- Danermark, B. & Kullberg, C. (1999). *Samverkan: välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- Dellgran, P. (2015). Människobehandlande professioner. I Johansson, S., Dellgran, P. & Höjer, S. (red.) (2015). *Människobehandlande organisationer: villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete* (s. 292-312). (1.utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- DiMaggio, P. & Powell, W. (1983). The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, vol. 48, April: 147-160.
- DiMaggio, P. & Powell, W. (1991). Introduction. I: Di Maggio, P & Powell, W. (red.) (1991). *The New Institutionalism in organizational Analysis*. Chicago: University Press.
- Ekendahl, M (2011). Socialtjänst och missbrukarvård: bot eller lindring? *Nordic studies on alcohol and drugs*, (28), 297-319. doi: 10.2478/v10199-011-0027-y
- Eriksson, T (2016) Klinisk handbok 2016 *Laro Boken, Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende, Ett beslutsstöd vid utredning och behandling*, Hämtad 6 december, 2016 från Akademiska Sjukhuset, <http://www.akademiska.se/Global/Psykiatridivisionen/Beroende%20och%20neuropsykiatri/Dokument/Larohandbok%202016.pdf>
- Grape, O. (2001). *Mellan morot och piska: en fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform*. Diss. Umeå: Univ., 2001. Umeå.
- Grape, O. (2006). Domänkonsensus eller domänkonflikt? Integrerad samverkan mellan myndigheter. I Grape, O., Blom, B. & Johansson, R. (red.). *Organisation och omvärld: nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*. Lund: Studentlitteratur.
- Grape, O. (2015). Samverkan inom och mellan människobehandlande organisationer. I Johansson, S., Dellgran, P. & Höjer, S. (red.) (2015). *Människobehandlande*

- organisationer: villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete (s. 292-312). (1.utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Heilig, M. (2011). *Beroendetillstånd*. (2. [dvs 3.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, S., Dellgran, P. & Höjer, S. (red.) (2015). *Människobehandlande organisationer: villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. (1.utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Johnson, B. (2011). *Beroendesjukvård och socialtjänst i samverkan: Utvärdering av samverkan kring läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende i Jönköping* (FOU Rapport 2011:4). Malmö: Malmö högskola. Från <https://dspace.mah.se/bitstream/handle/2043/12199/Bj%C3%B6rn%20Johnson.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Järvinen, M. & Andersen, D. (2009). The making of the chronic addict. *Substance use & Misuse*, 44(6), 865-885. doi:10.1080/10826080802486103
- Kakko, K.J. (2011). *Heroinberoende*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Levine, S. & White, P. (1961). Exchange as a Conceptual Framework for the Study of Interorganizational Relationships. *Administrative Science Quarterly*, 5: 583-601.
- Lindqvist, R. (2000). *Att sätta gränser: organisationer och reformer i arbetsrehabilitering*. (1. uppl.) Umeå: Boréa.
- Macdonald, K.M. (1995). *The sociology of the professions*. London: Sage.
- Mallander, O. (1996). *"Det måste se ut som en arbetsplats": om interorganisatorisk samverkan för att yrkesrehabilitera gravt funktionshindrade*. Lund: Univ., Socialhögskolan.
- Mohlman, M.K. Tanzman, B. Finison, K. Pinette, M & Jones C. (2016). Impact of Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction on Medicaid Expenditures and Health Services Utilization Rates in Vermont. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 67, 9-14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2016.05.002>
- Morén, S. Perlinski, M. & Blom, B. (2015). En domänteori för organisering av socialt arbete i offentlig sektor. *Socialvetenskaplig tidskrift*. 2015:1
- Ness, O. Borg, M. Semb, R & Karlsson, B. (2014). "Walking alongside:" collaborative practices in mental health and substance use care. *International Journal of Mental Health Systems* 8(55). doi: 10.1186/1752-4458-8-55
- Oscarsson, L. (2009). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten: en introduktion för praktiker, chefer, politiker och studenter*. Stockholm: SKL Kommentus.

- Repstad, P. (2016). *Sociologiska perspektiv i vård omsorg och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Scott, W.R. (1992). *Organizations: rational, natural, and open systems*. (3. ed.) Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Hämtad 6 december, 2016, från Riksdagen, http://riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453
- SFS 1988:870. *Lag om vård av missbrukare i vissa fall*. Hämtad 25 mars, 2017, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1988870-om-var-d-av-missbrukare-i-vissa-fall_sfs-1988-870
- Socialstyrelsen (2015a). *Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende: slutsatser och förslag*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015b). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende: stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sohlberg, P. & Sohlberg, B. (2013). *Kunskapens former: vetenskapsteori och forskningsmetod*. (3., [kompletterade och utvidgade] uppl.) Stockholm: Liber.
- SOU 2011:6. *Missbruket, kunskapen, vården: Missbruksutredningens forskningsbilaga: delbetänkande*. Stockholm: Fritze
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2009). *Behandling av opioidmissbruk med metadon och buprenorfin (Subutex)*. (SBU-rapport, 2009-10-20). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Sverin, J. (2015) *Narkotikadödligheten i Sverige näst högst i EU*. Hämtad 6 december, 2016 från SVT Nyheter, <http://www.svt.se/nyheter/vetenskap/narkotikadodligheten-i-sverige-nast-hogst-i-eu>
- Torgersen, U. (1972). *Profesjonssociologi*. Oslo: Universitetsforl..
- Ulfsdotter Eriksson, Y. & Svensson, L. G. (2009). *Yrkesstatus: En sociologisk studie av hur yrken uppfattas och värderas*. Göteborg: Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Wirbing, P. & Ortiz, L. (2014). *Riskbruk & beroende: beroendelära för socialtjänsten*. (1. uppl.) Stockholm: Gothia fortbildning.

Bilaga 1

Intervjuguide examensarbete

Bakgrundsfrågor

- *Vad har du för utbildning?
- *Vad är din arbetstitel och huvudsakliga arbetsuppgift?
- *Hur länge har du arbetat med det du gör nu?
- *Hur länge har du arbetat just på den här arbetsplatsen?

Inledande frågor

- *Jag har valt att inrikta mig på personer med opiatberoende i mitt examensarbete, vad har du för erfarenhet av dessa?
- *Känner du till LARO-behandlingen?

Frågor

- *Tror du att det finns några skillnader eller likheter i hur personal inom socialtjänsten respektive hälso-sjukvården ser på de här klienterna? Berätta?
- *Finns det någon samverkan mellan socialtjänsten och hälso-sjukvården gällande personer inskrivna i LARO-behandling?
- *Hur ser den samverkan ut? (Om ja)
- *Finns det några fördelar/nackdelar eller eventuella problem kring samverkan med klienter med opiatberoende?
- *Vad kan en person med opiatberoende få för behandling via socialtjänsten?
- *Finns det andra saker den här typen av klienter vanligtvis behöver hjälp med?
- *Hur kan situationen se ut för en person med opiatberoende i de fall de omhändertas med stöd av LVM lagstiftningen?
- *Vad är det som styr vilken typ av hjälp eller behandling en person med opiatberoende får?
- *Hur brukar motivationen att bli helt drogfri (medicinfri) se ut för den här typen av klienter?

Avslutande frågor

- *Finns det något jag missat att fråga om?
- *Hur tror du framtiden ser ut inom socialtjänst/hälso-sjukvård gällande personer med opiatberoende?

TACK för din medverkan!

Bilaga 2

Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt som involverar människor

Projekttitel:

Student/studenten:

Handledare:

	Ja	Tveksamt	Nej
Kan frivilligheten att delta i studien ifrågasättas, d.v.s. innehåller studien t.ex. barn, personer med nedsatt kognitiv förmåga, personer med psykiska funktionshinder samt personer i beroendeställning i förhållande till den som utför studien (ex. på personer i beroendeställning är patienter och elever)?			x
Innebär undersökningen att informerat samtycke inte kommer att inhämtas (d.v.s. forskningspersonerna kommer inte att få full information om undersökningen och/eller möjlighet att avsäga sig ett deltagande)?			x
Innebär undersökningen någon form av fysiskt ingrepp på forskningspersonerna?			x
Kan undersökningen påverka forskningspersonerna fysiskt eller psykiskt (t.ex. väcka traumatiska minnen till liv)?			x
Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?			x
Avser du att behandla känsliga personuppgifter som ingår i eller är avsedda att ingå i en struktur (till exempel ett register)? Med känsliga personuppgifter avses, enligt Personuppgiftslagen (PuL), uppgifter som berör hälsa eller sexualliv, etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse samt medlemskap i fackförening			x
Avser du att behandla personuppgifter som avser lagöverträdelse som innefattar brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden, och som ingår i eller är avsedda att ingå i en struktur (till exempel ett register)?			x

Fastställt av Forskningsetiska nämnden 2008-10-23

Bilaga 3

Informationsbrev om c-uppsats för Socionomexamen

Jag studerar sista terminen på Socionomprogrammet vid Högskolan Dalarna och har nu påbörjat mitt c-uppsatsarbete. Mitt syfte med studien är att ta reda på om det faktum att tillgängligheten till LARO-behandlingen (läkemedelsassisterad rehabilitering för opiatberoende) har ökat, på något sätt påverkar socialtjänstens arbete med dessa klienter och i så fall hur. Detta vill jag göra genom att låta socialsekreterare som arbetar med missbrukshandläggning få göra sina röster hörda i ämnet.

Det har skett en stor förändring i hur tillgängligheten ser ut till just LARO-behandling de senaste 10-12 åren och ännu mera sedan våren 2016 då det gjordes ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (HSLF-FS 2016:1). Detta innebär att tillgängligheten till LARO-behandlingen ökat ytterligare och i relation till det anser jag att det är viktigt att ta reda på om detta i praktiken påverkar socialtjänstens arbete i med den här gruppen.

Minst fem socialsekreterare som arbetar med missbrukshandläggning, från fem olika kommuner i Dalarna, kommer att intervjuas. Jag vill intervjua den som har möjlighet att delta och det får gärna delta fler än en handläggare vid en och samma intervju. Jag kommer att ha ett antal förberedda intervjufrågor med mig men det är även öppet för att diskutera andra frågeställningar.

Jag tillfrågar härmed dig om du/ni vill delta i min undersökning.

Deltagandet i studien är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta deltagandet utan förklaring. För din trygghets skull kommer jag att vara mycket noggrann med att anonymisera materialet samt förvara det på ett säkert sätt. Allt intervju material kommer att förstöras så snart uppsatsen är godkänd.

Min avsikt är att utföra intervjuerna någon gång under vecka 46-47. Förslagsvis sker intervjun på din arbetsplats och den beräknas ta ungefär 45-60 minuter och den kommer att spelas in.

Undersökningen kommer att presenteras i form av en c-uppsats samt muntligt vid en FOU-marknad som hålls vid Högskolan Dalarna.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga:

Charlotta Modig (student)

h13lotmo@du.se

Kari Jess (handledare)

kje@du.se