

Lunds Universitet
Sociologiska institutionen

**”Vi ska inte vara den där vita fläcken på kartan” -
En fallstudie om etableringen av underhållsbehandling i
Blekinge län**

Johan Nordgren

Masteruppsats SOCM04 30hp

Vårterminen 2012

Handledare: Katarina Sjöberg

ABSTRAKT

Författare: Johan Nordgren.

Titel: ”Vi ska inte vara den där vita fläcken på kartan” - En fallstudie om etableringen av underhållsbehandling i Blekinge län.

Masteruppsats SOCM04 30hp.

Handledare: Katarina Sjöberg.

Sociologiska institutionen, vårterminen 2012.

Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (LARO) är i Sverige en kontroversiell behandlingsform. Tillgång till behandlingen har ökat under det senaste decenniet och idag erbjuder alla landsting LARO. Landstinget Blekinge är det sista landstinget som startade ett lokalt LARO-program. Denna fallstudie studerar den etableringsprocess som mynnade ut i en beroendeenhet som erbjuder LARO inom länet.

Syftet med studien är att föra fram och diskutera de aspekter av etableringsprocessen som nyckelpersoner i processen för fram som centrala. Därmed vill författaren fylla en kunskapslucka gällande etableringen av nya LARO-program. Uppsatsen är en kvalitativ fallstudie och åtta personer som har varit inblandade i etableringsprocessen har deltagit i semi-strukturerade intervjuer. Det empiriska materialet består av dessa intervjuer samt av landstinget och kommunerna i länet producerade dokument.

Sju faktorer har utkristalliserats som betydelsefulla och dessa fungerar som arbetshypoteser i analysen. Arbetshypoteserna utgår från att (1) det fanns få opiatberoende personer i länet (2) Blekinge är ett litet län (3) kommunerna och landstinget saknade pengar för att etablera en beroendeenhet (4) LARO sågs som en kontroversiell behandling (5) det fanns samarbetsproblem mellan kommunerna och landstinget (6) det fanns en rädsla för att etableringen av underhållsbehandling skulle dra till sig vårdkrävande opiatberoende personer från andra län (7) det fanns ett fåtal aktörer som drev frågan.

Slutsatsen är att de faktorer som framstår som mest betydelsefulla är ekonomiska faktorer samt aktivt arbete av ett fåtal individer engagerade i etableringsprocessen. Dessa individers insatser diskuteras utifrån John W. Kingdons agenda-settingsteori med speciellt fokus på dennes begrepp policyentreprenör.

Nyckelord: Underhållsbehandling, opiatberoende, LARO, policyentreprenör, kommun, landsting, fallstudie.

Populärvetenskaplig presentation:

Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende har i Sverige varit en kontroversiell behandlingsform sedan det första metadonprogrammet startade som försöksverksamhet vid Ulleråkers sjukhus 1966. Företrädare för den psykosociala missbrukarvården har känt sig hotade av metadonbehandlingens medicinska och farmakologiska fokus. Andra kritiker menar att behandlingsformen bara ersätter ett beroende med ett annat och ser metadon och buprenorfin som ”statligt knark”. Tillgången till LARO har under de senaste tio åren ökat allteftersom fler behandlingsprogram har etablerats, men tillgängligheten är ojämnt fördelad i landet. Denna utbyggnad är avhängig av att staten har tagit ställning för behandlingsformen i nationella riktlinjer samt att LARO har mycket stark evidens gällande minskad dödlighet bland heroinister och minskad användning av riskfylld injicering av heroin.

Idag erbjuder alla Sveriges landsting LARO i sitt vårdutbud, men landsting som Blekinge och Kronoberg har etablerat lokala behandlingsenheter sent. Blekinge blev 2011 det sista landstinget som etablerade en lokal beroendeenhet som erbjuder LARO. I Blekinge remitterades tidigare patienter till behandlingsprogram i andra län. I denna uppsats presenteras en fallstudie som har ställt frågan: hur kom det sig att det tog så lång tid för Blekinge att etablera en beroendeenhet som erbjuder LARO?

Åtta nyckelpersoner som bland annat representerar landstinget Blekinge och Karlskrona kommun har intervjuats om de faktorer som dessa anser var betydelsefulla för etableringen. Sju sådana faktorer presenteras och analyseras, men de faktorer som framstår som mest betydelsefulla är ekonomiska resurser samt aktivt agerande av ett mindre antal personer. Dessa personer kan utifrån den amerikanska statsvetaren John W. Kingdons agenda-settingsteori benämnas policyentreprenörer. Det vill säga personer som aktivt försöker få upp en fråga på den politiska agendan och därigenom förändra rådande policy.

Den bild som framkommer är att en etablering av LARO i en lokal kontext kan ses som en komplex process där ett flertal faktorer samverkar och påverkar denna. Opiatanvändning måste identifieras som ett problem, förslag läggas fram om hur man hanterar problemet och det måste tas ett politiskt beslut om etablering.

1. Inledning	6
1.1 Syfte	7
1.2 Frågeställningar	7
1.3 Disposition	8
2. Bakgrund	9
2.1 Heroinanvändning i Sverige	9
2.2 Behandling av opiatberoende	10
2.3 Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende	12
2.4 En officiell definition	12
3. Fallstudien som forskningsdesign	13
3.1 Fallstudiedesign	13
3.2 Generalisering	14
3.3 Arbetshypoteser	15
3.4 Anonymitet	17
3.5 Analysenheten	17
3.6 Beroendeenhetens tillkomst	18
4. Metod	20
4.1 Metodologi - det kvalitativa angreppssättet	20
4.2 Metoder	22
5. Teoretisk bakgrund	23
5.1 Entreprenörskap	24
5.2 Utvecklingar av entreprenörsbegreppet	25
5.3 Policyentreprenörer	27
6. Analys: faktorer av betydelse för etableringen	30
6.1 Ett Blekinge förskonat från opiatanvändning	30
6.1.1 Diskussion	32
6.2 Länets geografi och litenhet	33
6.2.1 Diskussion	33
6.3 Ekonomin styr? - Behandling enligt närhetsprincipen	33
6.3.1 Diskussion	35
6.4 En icke-kontroversiell fråga?	36
6.4.1 Diskussion	39
6.5 Samarbete mellan kommun och landsting	39
6.5.1 Diskussion	43
6.6 Problemimport	44
6.6.1 Diskussion	46

6.7 Policyentreprenörernas inverkan	47
6.7.1 Diskussion	50
7. Slutsatser	51
7.1 Fortsatta forskningsbehov	53
8. Referenser	55
8.1 Internt producerade dokument	55
8.2 Tryckta referenser	56

1. Inledning

Den 21:e september 2011 publicerade Blekinge Läns Tidningar en artikel med rubriken *Här lämnas narkotika ut legalt* (Blennow 2011: 7). Den uppseendeväckande rubriken ramar in en artikel som beskriver länets Beroendeenhet som erbjuder en specifik typ av behandling vid opiatberoende. Denna behandling är läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (LARO), till vardags ofta kallad underhållsbehandling eller substitutionsbehandling. Bilden ovanför artikeln visar en man som håller en dosett i händerna. Han bär en sliten jeansjacka och en t-shirt med Addidas-tryck och bredvid honom står en sjuksköterska. Bildtexten beskriver verksamheten:

UTDELNING. I en ren miljö kan tunga narkomaner nu hämta ut syntetiskt heroin på sjukhuset i Karlskrona. Verksamheten sker under kontrollerade former och ger narkomanerna en möjlighet att slippa tvingas till brott och prostitution för att finansiera sitt beroende (Blennow 2011: 7).

I artikeln nämns att patienterna hämtar sina doser varje dag och att kraven för att komma in i behandlingsprogrammet är hårda. Läkemedlen beskrivs som ersättningsmediciner, som ”syntetiskt heroin”, och det framhålls att metoden är kontroversiell men att man på andra håll i Sverige har använt sig av den under lång tid. En sjuksköterska i personalen intervjuas och betonar att målet är att skapa ”ett nytt vanligt liv” för dessa heroinister som nu har blivit patienter. Hon berättar att det inte handlar om att ge patienterna en ”kick” från preparatet och att läkemedlen minskar de influensaliknande abstinensstillstånden. Hennes kollega berättar att patienterna kontrolleras: ”Patienterna är hela tiden kontrollerade och får regelbundet lämna urinprov för att undvika missbruk” (Blennow 2011: 7). Till slut nämns att underhållsbehandling för många patienter innebär livslång behandling i likhet med diabetespatienternas insulininjektioner (Ibid).

Metadonbehandling vid opiatberoende har sitt ursprung i USA och i Sverige startades 1966 ett behandlingsprogram på försök vid Ullåkers sjukhus. Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende¹ har sedan dess varit en kontroversiell behandlingsmetod i Sverige (Johnson 2003; Johnson 2005). Detta har lett till att tillgängligheten till underhållsbehandling har varit

¹ En opiat är en substans som utvinns från opiumvallmo, till exempel heroin, opium, morfin och kodein. Opioider är syntetiskt framställda preparat som liknar opiaterna och här ingår till exempel metadon och buprenorfin (Kakko 2011: 16).

låg, även om den har ökat under de senaste tio åren i takt med att allt fler behandlingsprogram har startats. Den av regeringen tillsatta Missbruksutredningen² konstaterar att utbyggnaden av behandlingsformen inte möter vårdbehoven för opiatberoende personer i Sverige (SOU 2011: 35). Detta kan kopplas till att tillgången till behandlingen har varit och är fortfarande mycket ojämnt fördelad i landet (Johnson & Sjölander 2007).

1.1 Syfte

Denna uppsats är en fallstudie, där fallet utgör den etableringsprocess som mynnade ut i att Landstinget Blekinge i samverkan med Blekinges fem kommuner startade en beroendeenhet. Enheten tillhandahåller idag abstinensbehandling och underhållsbehandling. Den studerade analysenheten är denna beroendeenhet som i Karlskrona sedan 2010 erbjuder opiatberoende patienter underhållsbehandling inom länet. I min genomgång av tidigare forskning som berör underhållsbehandling i Sverige har jag inte kunnat finna någon studie som ingående beskriver och analyserar den process som leder fram till att en behandlingsenhet för underhållsbehandling startas. Leili Laanemets, lektor i socialt arbete, beskriver tillblivelsen av en behandlingsenhet för LARO som specifikt riktar sig till opiatberoende kvinnor med erfarenhet av prostitution (Laanemets 2007). Min förhoppning är att denna fallstudie kan komplettera Laanemets studie. Syftet med min uppsats är att beskriva och analysera etableringsprocessen och skapa en förståelse gällande de faktorer som påverkade denna. Syftet är även att fylla en kunskapslucka gällande de faktorer som har betydelse för implementeringen av underhållsbehandling i en lokal kontext.

1.2 Frågeställningar

Landstinget Blekinge är det sista landstinget i Sverige som har inkorporerat lokal tillgång till underhållsbehandling i sitt vårdutbud för opiatberoende personer (tidigare remitterades patienter till program utanför länet). Detta öppnar för en fråga som fångade mitt intresse, nämligen: hur kommer det sig att det tog så lång tid för Blekinge att satsa på underhållsbehandling lokalt?

Den amerikanske statsvetaren John W. Kingdon inleder boken *Agendas, Alternatives, and Public Policies* med att ställa frågan ”What makes people in and around government attend, at

² Missbruksutredningen leddes av Gerhard Larsson och bestod av en samlad översyn av missbruks- och beroendevården med fokus på statens, kommunernas och landstingens insatser. Utredningens förslag till en reformerad missbrukarvård lämnades till regeringen den 27 april 2011 (<http://www.sou.gov.se/missbruk/>).

any given time, to some subjects and not others?” (Kingdon 1984/2003: 1). Ett av delsvaren han ger på denna fråga är att aktivt handlande av en mindre grupp individer ofta har med saken att göra. Jag tar i uppsatsen fasta på hans begrepp policyentreprenör som en förklaring till hur det kom sig att Blekinge till slut implementerade underhållsbehandling inom länet. Mina frågeställningar utifrån denna aspekt blir därför: Vilka var de centrala aktörerna i etableringsprocessen? Vilken inverkan hade de på etableringsprocessen?

Ett uttalat individperspektiv räcker emellertid inte för att förklara en komplex social och organisatorisk process (jfr. Giddens 1984). Det finns andra faktorer som också påverkar hur processen gestaltar sig. Policyforskarna Michael Mintrom och Phillipa Norman betonar vikten av att inte överdriva betydelsen av individuella initiativ: ”Just as entrepreneurs cannot be blamed or credited for all changes that occur in the business realm, we should not assume that policy change is always and everywhere driven by policy entrepreneurship” (Mintrom & Norman 2009: 650). Missbruks- och beroendevården är ett delat ansvar mellan landsting och kommun. Dessa organisationer representerar olika strukturer, tankesätt och praktiker, vilket speglas genom respektive organisations ansvarsområde. För att skapa en insikt i hur detta påverkade etableringsprocessen ställer jag följande frågor: Vilka var de betydande faktorerna i den process som ledde fram till att en beroendeenhet skapades? Vad gjorde att det tog längre tid att etablera LARO i Blekinge jämfört med andra län?

1.3 Disposition

Jag inleder med att ge en kort bakgrund som beskriver heroinanvändning, behandling av opiatberoende samt behandlingsformen läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende. I kapitel tre presenterar jag fallstudien som ett forskningsstrategiskt val och problematiserar teoretiska aspekter av fallstudiedesign. Kapitel fyra tar upp metodologi samt de kvalitativa metoder jag har använt mig av. I efterföljande kapitel fem presenterar jag en teoretisk bakgrund till entreprenörsbegreppet, samt mer specifikt Kingdons *agenda-setting*-teori som omfattar begreppet policyentreprenör (Kingdon 1984/2003). Därefter diskuterar jag i kapitel sex mina tolkningar av det empiriska materialet. Denna analysdel bygger på de arbetshypoteser som har utkristalliserats genom min förförståelse av LARO, samt intervjupersonernas tankar om etableringsprocessen. Slutligen diskuterar jag de mer allmänna slutsatser som kan dras av min analys och ger några förslag på vidare forskning.

2. Bakgrund

I följande avsnitt diskuteras opiatberoende, behandling av opiatmissbruk- och beroende samt läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende som behandlingsform. Det finns fler opiater än heroin, men eftersom detta är den huvudsakliga drogen som personer i LARO-program är beroende av fokuserar jag på just denna.

2.1 Heroinanvändning i Sverige

I detta avsnitt beskrivs heroinanvändning och dess utbredning i Sverige. Men först några ord om begreppen missbruk och beroende. Missbruk och beroende blandas ofta ihop i vardagstal och är begrepp vars meningsbärande innehåll inte är slutgiltigt och som konstant omvandlas. Tendensen idag är att allt fler för individen okontrollerbara och destruktiva beteenden sorteras in under begreppet missbruk, som exempelvis sexmissbruk och spelmissbruk (jfr. Keane 2002). Begreppen missbruk och beroende definieras ofta utifrån DSM-IV, även om andra perspektiv kan vara relevanta.³ Missbruk definieras i DSM-IV som substansanvändning som orsakar funktionsnedsättningar eller lidande utan att beroende föreligger. Funktionsnedsättningarna kan till exempel innebära kriminalitet för att få tag på drogen, att personen missköter sitt arbete eller utbildning eller fortsätter att använda drogen trots återkommande problem (SOU 2011:35, s. 21). Beroende innebär i sin tur bland annat toleransutveckling (behov av ökande dos för att nå ett rus), abstinensbesvär när bruket upphör och fortsatt användning trots psykiska eller fysiska skador (Ibid s. 21). I Sverige används ofta begreppet missbruk om all droganvändning eftersom synen länge har varit att all icke-medicinsk (och därmed olaglig) användning av psykoaktiva substanser är att missbruka den aktuella substansen (Edman 2011: 145).

Heroin (diacetylmorfin) intas huvudsakligen genom injektion i en ven, muskel eller under huden, eller röks genom att det läggs på folie och hettas upp. Det finns två typer av heroin, brunt och vitt, varav det vita heroinet även kan användas genom att ”snortas” upp i näsan. Personer som provar heroin för första gången röker det vanligtvis eftersom det upplevs som säkrare (Svensson 2005: 35). Som med alla psykoaktiva substanser varierar heroinets effekter för användaren (jfr. Zinberg 1984), men heroin har vanligtvis en kraftfull euforisk och smärtstillande verkan.

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders är det amerikanska psykiatriförbundets handbok som används för att diagnosticera psykiska sjukdomar. Även International Classification of Diseases (ICD-10) används i samma syfte (Babor *et al.* 2010: 20).

För en person som regelbundet använder heroin och dessutom har utvecklat tolerans infaller ett abstinensstillstånd mellan fyra till åtta timmar efter att personen har använt drogen (Svensson 2005: 39). Graden av abstinensstillståndets negativa verkan på kroppslig och psykisk hälsa varierar från individ till individ och beror bland annat på hur stor dos man har tagit och hur länge man har varit beroende av heroinet (Ibid: 43). Abstinenssymptomen kan lindras genom att personen intar heroin på nytt eller genom att personen får tillgång till medicinsk avgiftning som idag framförallt genomförs med hjälp av opioiderna buprenorfin⁴ eller metadon, som sedan ”trappas ned”, det vill säga ges i allt lägre doser (Socialstyrelsen 2004a: 32).

Heroinanvändare, framförallt de som injicerar, riskerar att överdosera⁵ (Antoniussen 2005) och gruppen som helhet har en hög dödlighet, bland annat på grund av de kroniska sjukdomar och kroppsliga skador som kan uppstå vid långvarig användning (SOU 2011:35, s. 520). Statens Folkhälsoinstitut beräknade år 2007, med hjälp av uppgifter hämtade från patientregistret och Kriminalvårdens register, antalet personer med problematisk narkotikaanvändning i Sverige. Detta antal beräknades till omkring 29 500 personer och det kan antas att minst 10 000 av dessa är beroende av opiater eller opioider (SOU 2011: 231). För Blekinge län uppskattades att omkring 500 personer år 2007 hade en problematisk användning av narkotika (Folkhälsoinstitutet 2010: 320).

2.2 Behandling av opiatberoende

Socialstyrelsen publicerade år 2007 *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård* (Socialstyrelsen 2007). Där medges att riktlinjerna har slagsida åt det medicinska hållet eftersom randomiserade kontrollerade studier⁶ (RCT) dominerar forskningen om missbruk och beroende (Socialstyrelsen 2007: 28). Riktlinjerna definierar effektiv behandling vid missbruk eller beroende på följande sätt:

⁴ Buprenorfin förskrivs som Subutex, Suboxone eller Buprenotex (Kakko 2011: 19-20).

⁵ I vardagstal likställs en överdos ofta med ett dödsfall men så behöver inte vara fallet. Överdosen bör ses som överkonsumtion av ett narkotiskt preparat där de påföljande symptomen ofta kan avhjälpas om personen får rätt hjälp (jfr. Antoniussen 2005: 12, 160ff).

⁶ En Randomized Controlled Trial (RCT), eller randomiserad kontrollerad studie på svenska, innebär att forskarna slumpmässigt delar in patienter i två grupper, varav den ena får ta del av en intervention (till exempel metadon) och den andra gruppen får placebo eller ingen intervention alls (Kakko 2010: 23). Randomiseringen utförs för att skapa en teoretiskt jämn fördelning av patienternas egenskaper när de delas in i behandlingsgrupper. Dessa studier möjliggör även så kallade dubbelblinda interventioner, då varken försökspersonerna eller behandlarna får reda på vilken grupp som får vad (Sacks, Chalmers & Smith 1982: 233).

Systematiska och teoretiskt grundade tekniker eller metoder som används för att hjälpa enskilda individer att komma från sitt missbruk eller beroende (Socialstyrelsen 2007: 32).

I riktlinjerna betonas att utövarna måste ha lämplig kompetens och utbildning i behandlingsteknikerna samt ska utöva dessa inom en terapeutisk verksamhet. Metoderna ska även ha stöd i forskning som visar på deras evidensbaserade och säkerställda effekter (Socialstyrelsen 2007: 32). Behandling i denna mening skiljer sig från psykosocial behandling och sociala insatser. Dessa ska följa ovan nämnda kriterier, men ska även syfta till att förändra den enskildes psykosociala livssituation. Dessutom ska interventionen påverka motivation, beteende, attityder, känslor och tankar med fokus på missbruket eller beroendet (Ibid: 32). I riktlinjerna rekommenderas behandling och psykosocial behandling utefter de huvudsakliga kriterierna evidensgrad⁷ och ekonomisk bedömning (Ibid: 42). Socialstyrelsen bedömer LARO med metadon eller buprenorfin i kombination med psykosocial behandling, följande de allmänna råden om underhållsbehandling (jfr. Socialstyrelsen 2004a), ha evidensgrad 1 (högst bevisvärde), men att den ekonomiska bedömningen inte är genomförbar (Socialstyrelsen 2007: 55).

Underhållsbehandling har en dominerande ställning när det gäller evidens för positiva behandlingseffekter vid opiatberoende, men det finns även andra typer av behandlingar som används för att behandla opiatmissbruk- eller beroende. Dessa kan till exempel vara olika typer av miljöterapi eller modifierade 12-stegsbehandlingar. Ett problem med dessa är att de sällan har utvärderats vetenskapligt, vilket är vanligare vid medicinska behandlingsmetoder (Svensson 2005: 187ff). Svensk missbruks- och beroendevård har sedan 1980-talets slut varit starkt influerad av den så kallade Minnesotamodellen, som bygger på Anonyma Alkoholisters 12-stegsprogram (Blomqvist 1999: 49). Jag väljer att endast kortfattat nämna att det finns andra behandlingsmetoder vid opiatberoende eftersom jag fokuserar specifikt på underhållsbehandling. Det centrala är att det ofta finns en spänning eller ömsesidig misstänksamhet mellan förespråkare för läkemedelsfri behandling och medicinskt betonad sådan (jfr. Johnson 2003).

⁷ Evidensgraden bygger huvudsakligen på systematiska kunskapsöversikter och indelas utefter fyra olika grader av evidens, där evidensgrad 1 innebär högst bevisvärde och evidensgrad 4 innebär lågt bevisvärde eller avsaknad av studier (Socialstyrelsen 2007: 43).

2.3 Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende

I Sverige innebär underhållsbehandling att personer som är beroende av opiater ges substanserna metadon eller buprenorfin i syfte att patienterna ska upphöra med användning av heroin och andra illegala opiater. Den påföljande rehabiliteringen syftar till att patienten ska kunna leva ett ”normalt” och efter hand drogfritt liv (Johnson 2005: 24). I andra länder syftar behandlingen i större utsträckning till att reducera de skadeverkningar som ett aktivt missbrukarliv kan ge och trycket på patienten att bli helt drogfri är mindre (jfr. Skretting & Rosenkvist 2010).

Metadon och buprenorfin blockerar till viss del heroinsuget och reducerar inledningsvis abstinenssymptomen (Grönbladh 2004: 4). Grundtanken är att om patienten kan hållas i ett ”normaltillstånd” med hjälp av långtidsverkande medicinering så ökar möjligheten att patienten blir mottaglig för psykosociala behandlingsinterventioner (Johnson 2005: 24). Detta kan uppnås genom att metadon och buprenorfin är långtidsverkande, runt ett dygn, att jämföra med heroinets verkan på fyra till sex timmar (Svensson 2005: 188). Eftersom patienten då inte behöver skaffa dyrt heroin upphör förhoppningsvis den illegala hanteringen av drogen och det kan finnas starkare skäl för honom eller henne att upphöra med eventuell kriminalitet eller prostitution för att finansiera opiatanvändningen. Underhållsbehandling har god evidens när det gäller att få patienter att stanna i behandling och därmed reducera deras användning av opiater. Dödligheten minskar väsentligt för de patientgrupper som får underhållsbehandling (Mattick *et al.* 2009) och patienterna minskar injektionsbruk och delning av sprutor som innebär ökad risk för spridning av HIV (Gowing *et al.* 2008).

2.4 En officiell definition

Socialstyrelsen definierar läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende på följande sätt:

Behandling med metadon eller andra läkemedel som utgör narkotika och som godkänts för behandling av opiatberoende och ordineras i samband med psykosocial behandling vid sådant beroende (Socialstyrelsen 2004a: 3).

Opiatberoende är i sin tur ”beroende som framkallas av heroin, opium eller morfin” (Socialstyrelsen 2009), en diagnos som ställs av psykiater utifrån DSM-IV eller ICD-10. I Sverige finns det ett antal kriterier som måste uppfyllas inom behandlingsformen. Behandlingen måste ske inom en sjukvårdsinrättning som yrkesmässigt bedriver hälso- och

sjukvård, vilket innebär att ansvaret för LARO sorterar under landstingen. En läkare med specialistkompetens i psykiatri är den som kan fatta beslut om en patient ska få ta del av behandlingen och läkaren ska göra en personlig undersökning av patienten, samt en helhetsbedömning av patientens beroende, hälsotillstånd och sociala situation. Utöver detta finns det krav på att patienten ska ha ett dokumenterat opiatberoende sedan minst ett år och i normala fall vara över 20 år (Socialstyrelsen 2009: 4).

3. Fallstudien som forskningsdesign

I detta kapitel presenteras min forskningsdesign som bygger på fallstudiens teoretiska och metodologiska grunder. Det finns en vanlig fördom om fallstudier som innebär att de bara utgör en förberedande eller explorativ fas i ett forskningsprojekt (jfr. Flyvbjerg 2001: 66; Yin 2006: 19-20) och att fallstudien därmed inte skulle vara ett fullgott forskningsstrategiskt val. Syftet med detta avsnitt är att visa varför en fallstudiedesign är den mest lämpade för den aktuella studien. Denna diskussion bygger på Yin (2006), som diskuterar fallstudiedesign generellt, samt Stake (2000), Lincoln & Guba (2000) och Donmoyer (2000) som tar upp teoretiska aspekter gällande fallstudier.

3.1 Fallstudiedesign

Vad en fallstudie är, hur den utförs och vad den kan tillföra forskningen råder det delade meningar om. Den amerikanske kognitionsforskaren Robert K. Yin menar att en fallstudie är en empirisk undersökning som studerar en aktuell företeelse i dess verkliga⁸ kontext, där gränserna mellan företeelsen och kontexten är oklara (Yin 2006: 31). Yin tillägger även att det empiriska materialet kan samlas in med olika metoder och förespråkar en empirisk pluralism, samt att teoretiska hypoteser används för att skapa ett ramverk för insamlingen och analysen av det empiriska materialet (Yin 2006: 31). Denna pluralism av källor innebär att en fallstudie kan baseras på både kvalitativt och kvantitativt material (Ibid: 32).

Grundläggande för fallstudier är att det finns ett fall *av något* som man vill undersöka. Det är dock vanligt att två eller fler fall väljs ut för att kunna göra jämförelser och i någon mån kunna generalisera till andra liknande fall. Frågan om det är möjligt att generalisera utifrån ett enskilt eller fåtal fall ifrågasätts ofta i litteraturen om fallstudier. Det är problematiskt att

⁸ Ordvalet ”verklig kontext” problematiseras inte av Yin, men jag förstår valet av begrepp som en betoning av att fallstudier ofta utförs genom att forskaren studerar fenomenet ”på plats”, till exempel genom observationer och intervjuer.

hävda att man kan generalisera om ett fenomen utifrån ett enda fall (Stake 2000: 23), eftersom man då enbart kan göra jämförelser av olika aspekter *inom* fallet. Yin gör åtskillnad mellan statistisk generalisering och analytisk generalisering (Yin 2006: 52-53). Statistisk generalisering utgår från att det går att hitta statistiska samband mellan olika fall och att det därmed går att påstå att det som gäller för de valda fallen även gäller för andra liknande fall. Jag använder mig inte statistisk generalisering eftersom mitt syfte i denna uppsats inte är att föra fram en modell som skulle innebära att det utifrån detta fall går att dra några slutgiltiga slutsatser som direkt går att applicera på andra fall. Föreliggande fallstudie kan sägas grundas på analytisk generalisering med en viss teorigenererande ambition, vilket innebär en ”svag” form av generalisering, där det centrala syftet är att skapa en ökad förståelse för det studerade fenomenet. Genom att detaljerat beskriva etableringen av LARO i den undersökta kontexten ämnar jag ge läsaren en möjlighet att avgöra i vilken mån mina slutsatser är användbara för andra liknande fall.

3.2 Generalisering

Jag har inspirerats av utbildningsforskarna Yvonna Lincoln och Egon Gubas artikel med den talande titeln *The only generalization is: there is no generalization* (Lincoln & Guba 2000), i vilken de kritiserar ett positivistiskt angreppssätt som vill finna regelbundna lagar som gäller för alla fall. De för istället fram ett pragmatiskt synsätt, ett slags mellanläge om man så vill, som rör sig i landet mellan universalistiska lagbundenheter å ena sidan och partikularistiskt vetande å den andra (Ibid: 27). Ett kraftfullt argument emot generalisering som dessa forskare för fram är att den kontext som det studerade fallet befinner sig inom förändras över tid. Detta innebär att en generalisering bara kan antas gälla för en viss tidsperiod för att sedan förpassas till historien (Ibid: 32). För denna fallstudie innebär detta att de slutsatser som jag drar av mitt material bör ses som en ögonblicksbild av fallets kontext och inte automatiskt kan antas gälla för liknande fall i framtiden.

Lincoln och Guba menar istället att det mellan det partikulära och det generella finns ett brett fält som har att göra med det relaterade (eng. *related*). De ställer frågan: ”/.../ are there nevertheless some ways of stating outcomes that might hold in Context B, although ‘discovered’ in Context A?” (Ibid: 39). Istället för generalisering talar de om ”fittingness” eller överförbarhet (Ibid: 40), som innebär den grad av passform som ett fall kan visa upp om det jämförs med ett liknande fall. Mellan två liknande fall kan man alltså göra vissa

överföringar som *skulle kunna* innebära att det som gäller för det enskilda fallet även kan tänkas gälla för andra likvärdiga sådana.

Lincoln och Guba utgår alltså ifrån att det alltid finns faktorer inom ett fall som är specifika, vilket gör det meningslöst att ens tala om generalisering. Detta är den mer specifika anledningen till att jag inte ämnar föra fram några anspråk på generaliserbarhet utifrån denna fallstudie. Den andra, och mer övergripande, anledningen är metodologisk; jag har utfört en fallstudie grundad på kvalitativ metod, som inte lämpar sig för att göra generaliseringar. Det centrala är att genom tolkningar av det insamlade materialet skapa en ökad förståelse av den studerade processen.

Lincoln och Guba har kritiserats av ledarskapsforskaren Robert Donmoyer som menar att de inte är radikala nog och fortfarande håller kvar vid generaliseringens essens. Lincoln och Guba menar ju att man kan generalisera, bara fallen är tillräckligt lika varandra, det vill säga har stor ”fittingness”. Donmoyer pekar på en rad intressanta problem hos tidigare nämnda forskare, men diskuterar dessa utifrån sin egen bakgrund som lärare och är mer intresserad av möjligheterna att förmedla tankar och känslor genom fallstudien för att öka förståelsen för ett socialt fenomen. Jag har inte fokuserat på mina intervjupersoners emotionella redogörelser för hur Beroendeenheten blev till, men finner anledning att inspireras av Donmoyers kritik av den strävan till generalisering som fallstudieforskare ofta uppvisar. Donmoyer menar att presentationen av ett enskilda fall kan vidga läsarens vyer och möjliggöra andra, alternativa förståelser av fenomenet i fråga:

The role of research is not primarily to find the *correct* interpretation. /.../ the purpose of research is simply to expand the range of interpretations available to the research consumer (Donmoyer 2000: 62-63, min kursivering).

3.3 Arbetshypoteser

Donmoyer menar att Lincoln och Gubas begrepp *working hypothesis* inte är fruktbart eftersom de språkmässiga propositionerna i hypotesprövandet har svårt att inrymma alla de upplevelser som människor lever genom när de agerar inom det fall som studeras (Donmoyer 2000: 56). Det är min mening att den figurativa verktygslåda som samhällsvetenskapliga teorier förser oss med bör anpassas till det fenomen som studeras. Donmoyer är framförallt

intresserad av fallstudiens möjlighet att sprida eller överföra upplevda erfarenheter eller känslor, medan jag är intresserad av att skapa insikt i det studerade fenomenet. Detta innebär att jag håller fast vid Lincoln och Gubas begrepp arbetshypotes eftersom jag anser att det för mina syften är ett användbart verktyg som kan användas för att föra mig närmare ett tentativt svar på min huvudsakliga frågeställning. Jag ser inga logiska argument för att man inte skulle kunna använda sig av arbetshypoteser som ett teoretiskt verktyg och samtidigt försöka skapa en utökad förståelse för det studerade fenomenet. Detta är i linje med utbildningsforskaren Robert E. Stake, som betonar att fallstudier lämpar sig väl för att bygga och utveckla teorier och skapar oftare incitament för att bedriva mer forskning än kommer med färdiga svar (Stake 2000: 24; jfr. Donmoyer 2000: 62-63).

För att försöka förstå varför det tog så lång tid för Blekinge att satsa på underhållsbehandling har jag alltså använt ett antal arbetshypoteser som teoretiska verktyg (Lincoln & Guba 2000: 38-39). Arbetshypoteserna är baserade på en litteraturoversikt gällande underhållsbehandling internationellt och i Sverige, samt de förklaringar som mina intervjupersoner har presenterat för mig. Arbetshypoteserna presenteras tematiskt i analysdelen, men det kan vara på sin plats att nämna dem redan nu. De utgår från att kommunerna och landstinget saknade pengar för att etablera en beroendeenhet, att det fanns samarbetsproblem mellan kommunerna och landstinget, att det saknades aktörer som drev frågan, att Blekinge är ett litet län, att det fanns få opiatberoende personer i länet, att det fanns en tanke att erbjuda beroendevård enligt en närhetsprincip samt att det fanns en rädsla för att etableringen av underhållsbehandling skulle dra till sig vårdkrävande opiatberoende personer från andra län. Dessa arbetshypoteser diskuteras och analyseras tematiskt i kapitel sex.

Denna fallstudie ska ses som en enfallsdesign utifrån Yins begreppsdefinition (Yin 2006: 61). Mitt främsta argument för att inte genomföra en flerfallsstudie är att en flerfallsstudie ofta kräver omfattande resurser och tid (jfr. Yin 2006: 68) som jag inte har förfogat över inom ramen för arbetet med denna uppsats. Istället för att utföra två fallstudier som av resurs- och tidsskäl hade blivit ytterst översiktliga har jag fokuserat på att i detalj studera mitt fall, med förhoppningen att de slutsatser jag presenterar kan användas för vidare forskning.

3.4 Anonymitet

Jag har valt att inte anonymisera den behandlingsenhet för opiatberoende som jag har studerat. Generellt sett har fallstudier som behandlar känsliga ämnen eller fokuserar på en liten grupp människor anonymiserats av forskaren. Ett exempel på en fallstudie där det undersökta fallet och analysenheten hölls anonymt är den amerikanska sociologen William Foote Whytes klassiska monografi *Street Corner Society* (Whyte 1943/1993).⁹ De fallstudier som (ofta statsvetenskapligt) berör mer makrobetonade sociala processer och fenomen har ofta undvikit att anonymisera fallen. Detta eftersom det finns en tanke om att till exempel specifika nationella kontexter är avgörande för studien och att en anonymisering av analysenheterna hade omöjliggjort en givande analys. Yin rekommenderar att avslöja namn på både fallet och de individer som figurerar i det eftersom ”läsaren av rapporten kan dra sig till minnes tidigare information om det aktuella fallet som han eller hon har” (Yin 2006: 185). Dessutom menar han att det då blir lättare att granska och kontrollera de fakta som presenteras, vilket möjliggör en saklig kritik av slutsatserna (Ibid).

Den främsta anledningen till att jag väljer att tillkännage den kontext jag har studerat är att det finns viktiga aspekter av fallet som vore omöjliga att ta upp om jag hade arbetat med en total anonymisering av fallet. Det finns ett relativt begränsat antal enheter för underhållsbehandling i Sverige som drivs av landstinget och det faktum att Blekinge var det sista länet som fick en egen LARO-enhet innebär att någon med inblick på fältet vet vilket län uppsatsen handlar om. När det gäller de personer som jag har intervjuat har jag valt att enbart skriva ut deras yrkesroll eftersom det är denna som är av relevans för läsaren och inte personernas egennamn.

3.5 Analysenheten

Den analysenhet som diskuteras i uppsatsen är Beroendeenheten, som är placerad inom sjukhusområdet i Karlskrona. Beroendeenheten är gemensam för länets fem kommuner, som har tecknat ett entreprenadavtal med landstinget, vilket innebär ett gemensamt kostnadsansvar mellan landstinget och kommunerna. Beroendeenheten har åtta platser för abstinensbehandling i slutenvård och vid tidpunkten för fallstudiens genomförande fick åtta patienter underhållsbehandling. En patient fick metadon och resterande sju fick buprenorfin. Det fanns en kö på runt 30 personer som var under utredning av psykolog och kurator som bedömer om personen är berättigad till LARO. Sedan programmet startades hade fyra

⁹ Whyte avslöjade över 40 år efter fallstudiens genomförande vilken stad och stadsdel han hade studerat, men hans kollegor och närstående var medvetna om var han utförde sitt fältarbete (Whyte (1943/1993: 342).

personer blivit utskrivna från programmet på grund av att de hade misskött sig, en av dessa hade dock kunnat komma in i programmet igen efter tre månaders spärrtid. Patienterna kom från fyra av länets fem kommuner. Beroendeenheten är den enda behandlingsenheten i länet som tillhandahåller underhållsbehandling, men är inte den enda behandlingsverksamheten som har som mål att behandla personer som är beroende av opiater. I Karlskrona finns till exempel ett kommunalt behandlingshem, Karlskrona Behandlingshem (KBH), som emellanåt behandlar personer med opiatberoende, men som använder sig av ett spektrum av psykosociala insatser med grund i Minnesotamodellen.

3.6 Beroendeenhetens tillkomst

År 1991 etablerades i Blekinge Psykiatriska Akutenheten som ett led i en sektoriserad psykiatri. Denna placerades inom sjukhusområdet i Karlskrona för att vårda patienter i behov av dygnsvård samt beroende- och missbrukspatienter. Detta innebar att svårt psykiskt sjuka patienter vårdades på samma avdelning som patienter inlagda för beroende eller missbruk. År 1998 bildades Psykiatriska intensivvårdsavdelningen, PIVA, för att erbjuda vård för dessa patientgrupper, för beroendepatienterna framförallt abstinensbehandling. I en rapport författad 1998 av Beroendeenhetens avdelningschef, påpekas att det rådde personalbrist och platsbrist som innebar att beroendepatienterna oftast fick lämna sin plats till förmån för patienter som var psykiskt sjuka utan att droger var med i bilden. Under min intervju med avdelningschefen utvecklar han detta och menar att det då fanns en prioriteringsordning inom den psykiatriska vården i länet som grundades på att beroendepatienterna ofta ansågs som mindre sjuka än de psykiskt sjuka patienterna: ”när man hade tolv platser på psykakuten så blev det fullt och så åkte alltid missbrukaren ut först” (avdelningschef). I rapporten nämner han även att en svårighet var att PIVA skulle samordna verksamheten tillsammans med de fem kommunerna i länet som hade olika strukturer inom sin missbrukarvård.

Vid landstingsstyrelsens sammanträde den 29:e maj 2006 diskuterades ett förslag som hade utarbetats av en arbetsgrupp bestående av företrädare för psykiatri- och primärvårdsförvaltningen samt kommunerna i länet, ”med utgångspunkt från att finna en ny samverkansform för beroendevården i Blekinge” (Landstinget Blekinge 2006: §101). Arbetsgruppen ville skapa en beroendeenhet som skulle erbjuda kvalificerad vård av personer från 15 år med kemiskt beroende eller missbruk. Landstingsstyrelsen beslutade då att uppdraga åt landstingsdirektören att utreda skapandet av denna enhet och presentera utredningen före

årsskiftet 2006/2007. Det som fattades i arbetsgruppens underlag var emellertid ett besked om kommunerna skulle delfinansiera verksamheten:

Arbetsgruppen har presenterat ett förslag till bemanning, arbetsformer, ekonomi mm. Det som saknas i förslaget är dels behov av och kostnader för ombyggnader av lokaler, dels också om kommunerna kommer att delfinansiera verksamheten eller ej (Landstinget Blekinge 2006: §101).

Detta skulle visa sig vara en svår fråga att lösa, trots att Karlskrona år 2006 hade sökt och beviljats ett bidrag på 2 100 000 kronor från en statlig satsning på missbruks- och beroendevården för att starta och bygga upp en länsgemensam beroendeenhet (Socialförvaltningen Karlskrona kommun: 1). När förslaget hade diskuterats med kommunerna var det bara Karlskrona kommun som gick med på de villkor som hade ställts upp för verksamheten (det vill säga att landstinget och kommunerna skulle dela på kostnaderna):

Arbetsgruppen har presenterat ett förslag till bemanning, arbetsformer, ekonomi mm. Förslaget har diskuterats med kommunerna under 2005/2006 och endast en kommun (Karlskrona) är i nuläget beredd att delta i den gemensamma enheten på de villkor som arbetsgruppens förslag anger (Landstinget Blekinge 2007: §24).

Landstingsstyrelsen beslutade ändå att skapa Beroendeenheten enligt arbetsgruppens intentioner och gav landstingsdirektören i uppdrag ”att fortsätta diskussionerna om [kommunernas] ansvar och medverkan i beroendeenheten” (Landstinget Blekinge 2007: §24). I och med att Landstinget Blekinge beslutade att driva en beroendeenhet i egen regi, blev vårdutbudet mindre än det var tänkt från början (Socialförvaltningen Karlskrona Kommun: 1).

Först år 2009 tog Landstingsstyrelsen ett beslut om att göra en budgetomfördelning för att kunna tillskapa Beroendeenheten, då alla länets kommuner tillsammans med Landstinget Blekinge hade tecknat ett avtal om detta. Landstingsstyrelsen beräknade då att verksamheten skulle vara i drift från och med den första april 2009 (Landstinget Blekinge 2009: §73).

År 2009 skapades Beroendeenheten som enhet, men det fanns inga lokaler att tillgå. Dessa fick man tillgång till först under juni 2010, även om dessa var tillfälliga lokaler i den byggnad Beroendeenheten finns i idag. Officiell invigning av enheten skedde den 13 maj 2011 (Mogreen 2011).

4. Metod

Inom kvalitativ forskning är det brukligt att skilja mellan metoder och metodologi.

Metodologi diskuteras i relation till de val som forskaren har gjort om hur forskningen ska utföras, till exempel vilken typ av material eller data som ska användas och vilka metoder som är mest användbara. Metoderna utgör i sin tur de specifika tekniker som har använts för att samla in empiriskt material, som att intervjua eller utföra observationer (jfr. Silverman 2001: 4). I följande kapitel presenterar jag en metodologisk diskussion och motiverar de metoder jag har använt mig av under arbetet med fallstudien.

4.1 Metodologi - det kvalitativa angreppssättet

Valet av de metoder forskaren använder för att studera ett specifikt socialt fenomen är nära sammankopplat med hans eller hennes syn på vetenskap. Det kvalitativa tillvägagångssättet betonar ”verklighetens” socialt konstruerade natur, förhållandet mellan forskaren och det fenomen som studeras samt de situationsbundna begränsningar som formar forskningen (Denzin & Lincoln 1998: 8). Ofta ställs kvantitativa metoder emot kvalitativa sådana, men även inom det kvalitativa forskningsfältet finns det olika åsikter om hur man bäst studerar ett fenomen. Sociologerna Jaber F. Gubrium och James A. Holstein diskuterar olika sätt att tala om metodologiska frågor (*method talk*) och menar att det förekommer fyra centrala perspektiv inom den kvalitativa forskningen; naturalism, etnometodologi, emotionalism samt postmodernism (Gubrium & Holstein 1997). Det är också möjligt att tala om olika paradigmer som forskaren verkar inom (positivism, post-positivism, konstruktionism eller olika typer av kritiska paradigmer), som i sin tur dikterar hur forskningen bör utföras (Denzin & Lincoln 1998: 8ff).

Jag menar att denna typ av indelningar utifrån paradigmatiska positioneringar kan ses som ett kontinuum, där gränserna mellan olika positioner kan vara flytande. På detta kontinuum lutar mitt perspektiv åt det konstruktionistiska. Jag ser inte den etableringsprocess som mynnade ut i en beroendeenhet som ”naturlig” och gör inga anspråk på att ge några ”objektiva” svar på hur enheten ”egentligen” etablerades. Därmed blir etableringen i första hand beroende av att de personer som har varit inblandade i etableringen har uppfattat och tolkat ett visst problem och därefter handlat för att hantera problemet. På grund av detta är syftet inte att ge ett definitivt svar på hur Beroendeenheten etablerades, däremot visar jag på en pluralitet i intervjupersonernas tolkningar av hur etableringen gick till. Det är alltså deras svar på frågan om hur Beroendeenheten kom till som är det centrala. Min roll som forskare centreras när jag

i min analys visar på hur intervjupersonerna bedömer betydelsen av olika faktorer som de menar påverkade etableringen och jag kan därmed förhoppningsvis skapa en ökad förståelse för denna specifika etableringsprocess.

Den aspekt av kvalitativ metodologi som är mest relevant att diskutera inom ramen för denna fallstudie är de tolkningar av det empiriska materialet som jag utför i analysdelen. De två källor till empiriskt material som jag har använt mig av, intervjuer och dokument, kan särskiljas genom graden av forskarens inblandning i produktionen av materialet. Intervjuerna har en hög grad av inblandning från forskaren, dels har intervjuerna styrts av en semi-strukturerad ram och dels har de talade utsagorna transkriberats. Intervjuerna befinner sig på en retorisk nivå, men speglar i min mening intervjupersonernas ärliga utsagor om hur de upplevde etableringsprocessen. De insamlade dokumenten har skapats utan inblandning av forskaren, men jag har gjort ett urval av vilka dokument som har analyserats. Det som sammanbinder dokument och intervjutranskriptioner är att de under analysen tolkas av forskaren. Den vetenskapsteoretiska bakgrunden till detta kan diskuteras utifrån den tyska filosofen Hans-Georg Gadamer's hermeneutik.

Enligt Gadamer är det omöjligt att få kunskap om någon aspekt av det sociala livet utan att utföra en tolkning, det vill säga att forskaren sätter det undersökta fenomenet i relation till andra situationer som han eller hon har upplevt. På så sätt är tolkningen alltid avhängig en ”traditionell orientering” som är präglad av samhället, kulturen och historien. Därmed går det inte att åberopa några objektiva eller neutrala bedömningar eller tolkningar av ett studerat fenomen. Däremot går det att nå någon form av konsensus genom att man beaktar andra människors synpunkter och tar hänsyn till deras eventuella invändningar (Warnke 1987/1993: 207-208).

Sociologen Anthony Giddens för fram ett antal riktlinjer för samhällsvetenskaplig forskning i boken *The Constitution of Society* (1984), varav en sådan knyter an till begreppet *dubbel hermeneutik*. Giddens menar att forskaren antrår ett fält där de studerade fenomenen redan har konstituerats som meningsfulla av de aktörer som rör sig på fältet. Forskaren måste lära sig det forskningssubjektet redan vet och kan därefter skapa nya begrepp för att beskriva subjektens vardagliga aktiviteter. Den dubbla hermeneutiken består i att forskaren gör en dubbel översättning av de begrepp som subjektet använder.

Den dubbla hermeneutiken kan exemplifieras med ett koncept som jag introducerar i denna uppsats. Några av mina intervjupersoner för fram en oro för att opiatberoende personer ska flytta till Blekinge för att få LARO. Detta har jag benämnt ”problemimport”, för att skapa en insikt i en av de faktorer som bedöms som betydelsefulla för etableringen av Beroendeenheten. Detta begrepp har sedan potential att överföras till intervjupersonerna som till exempel kan konceptualisera och identifiera detta kluster av tankar om de dyker upp inom ramen för deras verksamhet. Giddens menar därför att ”Sociological descriptions have the task of mediating the frames of meaning within which actors orient their conduct” (Giddens 1984: 284). Genom denna dubbla hermeneutik skapas en grund för att uppnå en större förståelse för det studerade fenomenet. För att knyta an till Gadamer igen kan vi genom att ständigt diskutera och revidera våra tolkningar gå i riktning mot en ”bättre” analys. Denna analys är dock inte neutral och objektiv, utan är i idealfallet ett resultat av en dialogisk konsensus som konstant omvandlas i ett slags växelspel mellan fältets aktörer och forskaren (Warnke 1987/1993: 208).

4.2 Metoder

Det empiriska material som har samlats in under arbetet med fallstudien är intervjuer och dokument. Jag har utfört semistrukturerade intervjuer med personer som jag uppfattar som centrala aktörer i relation till min frågeställning. Intervjuerna skedde mellan februari och april 2012. Intervjuerna har genomförts med hjälp av ett frågeschema där ett antal frågor har specificerats, men målet var att skapa en dialog där intervjupersonen kunde utveckla och klargöra sina svar (May 2011: 134). Intervjuerna kan därmed benämnas som semi-strukturerade. Merparten av intervjuerna har genomförts på intervjupersonens kontor, en plats som de själva har valt ut. Min förhoppning har varit att intervjupersonerna därmed har kunnat känna en trygghet i sina yrkesroller och inför mig har kunnat framstå som välinformerade yrkespersoner. Intervjuerna spelades in med en digital inspelningsapparat och transkriberades sedan i sin helhet. En första intervju med Beroendeenhetens avdelningschef gav mig ytterligare personer att kontakta och intervju. Efter varje intervju frågade jag personen om de kunde föreslå en annan person som han eller hon bedömde som insatt i processen. Av de åtta intervjuade personerna arbetar tre inom Landstinget Blekinge, två representerar Karlskrona kommun på förvaltningsnivå, en är kommunpolitiker i Karlskrona, en företräder en frivilligorganisation som arbetar med missbruksfrågor och en var landstingspolitiker när etableringsprocessen startades.

Jag har inför varje intervju klargjort för intervjupersonen att fallet inte är anonymiserat och att intervjun kommer att användas i denna uppsats. Några menade att jag mer än gärna fick skriva ut deras namn, en situation som inte är ovanlig (jfr. Silverman 2010: 167). Det är dock svårt för en intervjuperson att veta exakt hur informationen som han eller hon förmedlar till forskaren kommer användas och presenteras. När resultatet av forskningen når allmänheten förlorar dessutom forskaren ofta kontrollen över hur forskningen används (May 2011: 66). Därför har jag valt att inte se samtycket som en statisk engångshändelse, utan som något som kan liknas med en process (Plankey-Videla 2012: 5). Som tidigare nämnts har jag använt intervjupersonernas yrkesroll när de citeras. Detta innebär likväl att den som vill ta reda på vilka personerna är har en viss möjlighet att göra detta. Jag gör dock bedömningen att denna grad av anonymitet borde vara tillfredsställande för intervjupersonerna.

Dokumentinsamling har utförts genom sökningar på Landstinget Blekinges hemsida¹⁰ efter dokument som rör Beroendeenheten. Det som skiljer detta material från det transkriberade materialet är att det har producerats utan inblandning av forskaren (Silverman 2001: 119). Båda typerna av empiriskt material har dock tolkats av mig och kan inte ses som ”objektiva” utsagor om det studerade fallet. Jag har även fått interna dokument från intervjupersoner som spontant erbjöd sig att ge eller skicka dem till mig. Jag har inte sökt igenom Landstingets fysiska arkiv, men jag har via en genomgång av verksamhetsberättelser samt styr- och planeringsdokument fått en god inblick i organisationen.

Jag har läst igenom det empiriska materialet flertalet gånger och det har därefter sorterats utifrån de olika teman som berörs i dem. Dessa tematiska indelningar har sedan analyserats utifrån hur intervjupersonernas utsagor skiljer sig åt och vilka aspekter av etableringsprocessen de för fram som betydelsefulla.

5. Teoretisk bakgrund

Min förståelse av den process som ledde fram till att underhållsbehandling etablerades lokalt i Blekinge bygger på att processen är komplex och spänner över de tre nivåer som brukar konceptualiseras inom sociologin, mikro, meso och makro. Makronivån består av den nationella nivån, där missbrukarvården är centrerad kring psykosociala behandlingsmetoder, till exempel 12-stegsprogram. Inom denna kontext utmanar en medicinsk behandling av

¹⁰ <http://www.ltblekinge.se/> (Tillgänglig 2012-05-13).

opiatberoende det länge rådande synsättet, framförallt eftersom statsmakten har tagit ställning för medicinsk behandling genom de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård. Mesonivån består av det organisatoriska planet och omfattar i mitt fall Landstinget och de kommuner som berörs av frågan. Mikronivån är individcentrerad eftersom jag fokuserar på ett mindre antal aktörer som intervjupersonerna bedömer har varit centrala i processen. Jag vill ändå betona att dessa aktörer agerar inom ett vårdssystem i vilket andra aktörer kan möjliggöra, förhindra eller ställa sig neutrala till deras strävanden. Vi har därmed att göra med en organisatorisk process (tillskapandet av Beroendeenheten), där spänningen mellan individuella initiativ och organisationernas möjligheter att införa en ny policy aktualiseras.

För att skapa en förståelse för hur Beroendeenheten blev till krävs en teoretisk förankring om aktörskap inom ett organisatoriskt fält. I Sverige bedrivs merparten av all beroendevård av landstingen, vilket placerar behandlingen inom en specifik organisatorisk kontext. Inom denna kontext arbetar individer som kan ha tankar om att vården bör bedrivas på ett annat sätt eller om nya behandlingar bör införas. Något som komplicerar bilden är att landstingen är politiskt styrda organisationer, landstingspolitiker sätter ramar för sjukvården men ska inte detaljstyra hur den praktiska verksamheten bedrivs. Dessutom måste sjukvården förhålla sig till nationella riktlinjer. Flera av intervjupersonerna framhåller ett aktivt arbete utfört av vissa specifika individer som avgörande för att Beroendeenheten etablerades och att LARO därmed började erbjudas opiatberoende personer inom länet. I följande avsnitt diskuterar jag därför teorier om en speciell typ av aktörskap - entreprenörens.

5.1 Entreprenörskap

I detta avsnitt diskuteras teoretiska resonemang om olika typer av entreprenörskap, vilket utgör en teoretisk bakgrund till analysen i avsnitt 6.7. Entreprenör är i vardagsspråket ett positivt laddat begrepp och samhällsvetenskaperna har länge riktat fokus mot entreprenörskapet. Från Max Webers ekonomiska sociologi (jfr. Swedberg 1998: 122), via nationalekonomen Joseph Schumpeters entreprenörsbegrepp (Schumpeter 1949/2008: 58ff) till den senaste tidens tal om socialt entreprenörskap (jfr. Paredo & McLean 2006; Haugh 2005) har individuella initiativ till profitskapande och innovation diskuterats. I denna uppsats använder jag inte entreprenörsbegreppet på det sätt som det diskuteras inom den ekonomiska sociologin. Jag använder istället olika entreprenörsbegrepp som tar fasta på det individuella initiativet till någon form av förändring och som tonar ner de ekonomiska aspekterna. Genom

att diskutera begreppen moralentreprenör (Becker 1963/1991), den offentliga sektorns entreprenör (Boyett 1996) samt Kingdons policyentreprenör (Kingdon 1984/2003) vill jag visa på hur individuella initiativ ofta kan vara avgörande för att en ny policy eller verksamhet etableras.

Entreprenörbegreppet har en lång historia inom samhällsvetenskaperna och jag kommer alltså inte att diskutera det traditionella entreprenörsbegreppet i denna uppsats. Jag fokuserar på de vidareutvecklingar av entreprenörsbegreppet som har informerat min analys. Det kan dock vara på sin plats att kortfattat säga något om entreprenörsbegreppet. Olika teoretiker har definierat entreprenörsbegreppet på olika sätt, men det individcentrerade perspektivet har varit centralt (Boyett 1996: 36). Tidiga beskrivningar av entreprenörer fokuserade på enskilda ägare av privata näringsverksamheter som förväntar sig att kunna tjäna något på sina förehavanden (Ibid: 37). Inom sociologin kan entreprenörsbegreppet definieras specifikt, som ett aktörskap som syftar till skapandet av nya formella organisationer, eller brett, som en medveten ansträngning att introducera innovationer som till exempel kan påverka teknologi, organisationsformer eller sociala institutioner (Ruef & Lounsbury 2007: 1-2).

5.2 Utvecklingar av entreprenörsbegreppet

Det finns flera vidareutvecklingar av entreprenörsbegreppet. En sådan är den amerikanska sociologen Howard S. Beckers begrepp moralentreprenör (*moral entrepreneur*). En moralentreprenör är en person som försöker driva igenom sin moraliska uppfattning om hur ett socialt problem bör hanteras och därigenom vill förändra lagstiftning, sociala normer eller regler överlag (Becker 1963/1991). Becker talar framförallt om *moral reformers* och *moral crusaders*, personer som han menar agerar som regelskapare: ”He feels that nothing can be right in the world until rules are made to correct it” (Becker 1963/1991: 148). Beckers beskrivning av denna grupp av människor är relativt negativ, men han poängterar att *korsfararna* ofta kan agera utifrån starka humanitära skäl. Motivet behöver inte enbart bestå i att påtvinga sin egen moraliska övertygelse på andra, det kan också vara att personen tror att människor kommer att få det bättre om nya lagar införs (Ibid: 148).

I det fall som denna uppsats berör skulle moralentreprenörskapet kunna innebära att en person har identifierat opiatmissbruk som ett betydande samhälls- eller folkhälsoproblem och att underhållsbehandling är det sätt varpå detta problem på bästa sätt hanteras. Som en hypotetisk

motsats kan en annan person likaså identifiera samma problem som lika viktigt, men komma till slutsatsen att läkemedelsfri behandling eller psykosociala insatser är viktigast. Framförallt är det alltså ett socialt problem som har identifierats av en person, varpå en slutsats dras om hur detta problem ska rättas till - en eller flera nya ”regler” måste skapas och människor måste fås att följa dessa. Centralt för Becker är att dessa regler inte uppstår av sig själva, det krävs ett aktivt arbete, ett aktörskap om man så vill, för att driva igenom dem: ”rules are the products of someone’s initiative and we can think of the people who exhibit such enterprise as *moral entrepreneurs*” (Becker 1963/1991: 147, kursiv i original). Beckers regelbegrepp är som mest användbart i mikrosociologiska kontexter eftersom han fokuserar på definitioner av situationer samt typer av beteenden: ”Social rules *define situations* and the *kinds of behavior* appropriate to them, specifying some actions as ‘right’ and forbidding others as ‘wrong’” (Becker 1963/1991: 1, min kursivering).

Sociologerna Peter Conrad och Joseph Schneider menar att moralentreprenörer i Beckers bemärkelse har varit centrala för utbyggnaden av metadonprogram i USA, när de diskuterar medikaliseringen (Conrad 2005) av opiatberoende:

The publication in medical journals of impressive research results reporting a new treatment for an old social problem does not in itself create or change public policy. *Some individuals or groups* must become the champions of this particular treatment approach and convince those with the authority and resources to implement it of its viability before it is used as a solution to the problem (Conrad & Schneider 1985: 136, min kursivering).

Ytterligare ett entreprenörsbegrepp som jag finner nödvändigt att diskutera är *the public sector entrepreneur* (Boyett 1996). Organisationsforskaren Inger Boyett vill föra fram en poäng om att entreprenörer som befinner sig inom offentlig sektor skiljer sig åt från den privata företagsvärldens entreprenörer (Boyett 1996: 49). För den offentliga sektorns entreprenör ligger fokus ofta på att starta eller utveckla en verksamhet som är placerad inom en redan existerande organisations ramar. Detta är en betydande skillnad mot den privata sektorns entreprenör, där fokus ofta ligger på att starta ett fristående företag som dessutom måste gå med vinst för att överleva (Ibid: 40). Inom den offentliga sektorn finns inte alltid lika tydliga krav på vinstintresse eftersom målet är att erbjuda service till allmänheten (Boyett 1996: 39), till exempel hälso- och sjukvård.

Det finns vissa likheter mellan socialt entreprenörskap¹¹ och den offentliga sektorns entreprenör, som att dessa aktörer utnyttjar möjligheter att skapa ”sociala värden”, är innovativa och inte låter sig hindras av bristande resurser att driva projektet (Boyett 1996: 48). Inom socialt entreprenörskap ligger fokus på privat företagande, vilket innebär att vi har att göra med en typ av entreprenörskap som skiljer sig från den skattefinansierade offentliga sektorns sfär. Även om den skattefinansierade vården idag många gånger upphandlas av privata vårdgivare, så är chefer inom den landstingsdrivna vården inte ägare av verksamheten. Enligt Boyett är detta en central aspekt av den offentliga sektorns entreprenörskap, att dessa entreprenörer tar rollen av aktörer som inte i samma utsträckning som inom den privata affärsvärlden måste ta hänsyn till kopplingen mellan tjänsten som produceras och inkomsten från dess försäljning (Boyett 1996: 40).

Den huvudsakliga anledningen till att jag väljer att inte använda ovan diskuterade begrepp är att dessa fokuserar på *en* roll som aktören befinner sig i. Ett mer komplext sätt att teoretisera om aktörskapet innebär att lyfta fram att aktörer som försöker få upp en fråga på den politiska agendan kan agera inom olika kontexter. Jag kommer att lyfta fram två personers individuella initiativ till att starta en beroendeenhet i länet. En är avdelningschef för enheten och den andra var landstingsråd vid tiden för processens initierande. Avdelningschefen passar väl in i ramen för den offentliga sektorns entreprenörskap, men det samma gäller inte för landstingspolitikern. Detta är anledningen till att jag nu ska diskutera statsvetaren John W. Kingdons begrepp policyentreprenör, som framstår som ett mer användbart teoretiskt koncept för skapa en ökad förståelse för den process som mynnade ut i en lokal beroendeenhet, och därmed tillgång till LARO för opiatberoende personer inom länet.

5.3 Policyentreprenörer

Den centrala teoretiska aspekt som jag tar med mig från Beckers, Conrads och Schneiders resonemang är tanken om att en politisk förändring kräver individuella initiativ för att genomföras. Kingdon resonerar på ett liknande sätt när han för fram begreppet policyentreprenör som centralt för det som kallas *agenda-setting*. I Kingdons definition

¹¹ Begreppet socialt entreprenörskap har på senare år blivit allt mer förekommande. Jag ser inte aktörerna i denna studie som sociala entreprenörer eftersom begreppet används för att beskriva personer som startar och driver företag som har någon form av social vinst som mål (där ekonomisk profit *kan* spela en viss roll) (Haugh 2005: 4). Dessa sociala mål kan definieras som viljan att bistå en specifik grupp eller samhället som helhet genom att skapa ”sociala värden” (ofta ökad välfärd) (Paredo & McLean 2006: 59). Exempel på socialt entreprenörskap är banker som erbjuder mikrolån till fattiga låntagare för att de ska kunna starta vinstdrivande projekt eller de företag som producerar tidskrifter som sedan säljs av hemlösa vilka får behålla en viss del av försäljningsinkomsterna (Ibid: 60).

innebär agendan ”/.. / the list of subjects or problems to which governmental officials, and people outside of government closely associated with those officials, are paying serious attention at any given time” (Kingdon 1984/2003: 3).

Kingdon fann i arbetet med sina fallstudier om det amerikanska politiska beslutsfattandet att det inte går att spåra en specifik idé till *en* enda källa: ”Instead, a complex *combination* of factors is generally responsible for the movement of a given item into agenda prominence” (Kingdon 1984/2003: 76, kursiv i original). Detta innebär att det centrala för att ett visst beslut fattas är den sammanlagda effekten av ett flertal faktorer som samverkar vid en specifik tidpunkt, vilket gör det mer intressant att studera *varför* idén väcktes än *av vem*. På grund av svårigheten att spåra en policyidé tillbaka till en specifik person blir det mer relevant att fokusera på kontextuella faktorer, individuellt handlande inom dessa kontexter och hur kontexten påverkade aktörskapet (Mintrom & Norman 2009: 651).

Kingdons teori om agenda-setting bygger på en tanke om tre olika flöden (*streams*) som av policyentreprenörer kan sammankopplas när ett policyfönster (*policy window*) öppnas (Kingdon 1984/2003: 87). Kingdon använder sin teori för att förklara policyprocessen som helhet, det vill säga den resa ett förslag om ändrad policy gör, från tanke till att lagstiftande församling godkänner en förändring i policy. Hans kontext är det amerikanska politiska systemet vilket innebär en förhållandevis makro-betonad nivå. Det kan tyckas vara stor skillnad mellan den amerikanska kongressens värld och svensk landstingspolitik. Jag hävdar emellertid att Kingdons agenda-settingteori är användbar på landstings- och kommunal nivå, vilket jag visar på genom att applicera teorin inom ramen för denna fallstudie.

Kingdons tre flöden är problemflödet, policyflödet samt det politiska flödet. I problemflödet finns de problem som har identifierats och som upptar ett visst fokus för stunden (Kingdon 1984/2003: 91). När det gäller underhållsbehandling i Blekinge var ett sådant problem att svårt psykiskt sjuka patienter vårdades på samma avdelning som beroendepatienter, vilket ledde till tanken om en specialiserad enhet för beroendeproblematik. Kingdon menar att fokus på ett visst problem ofta är sammankopplat med att en kris eller olycka sker och att problemet därefter uppmärksammas (Ibid: 94). I fallet Blekinge har jag inte kunnat identifiera någon händelse av detta slag som initierade tanken om en beroendeenhet och därmed underhållsbehandling.

Det andra flödet gäller policyarbetet och Kingdon liknar detta flöde med en komplex blandning (*the policy primeval soup*) av olika förslag som läggs fram, diskuteras och sedan godtas eller avvisas. Här lägger specialister inom ett visst policyområde fram förslag på hur man löser ett identifierat problem (Kingdon 1984/2003: 117). Dessa personer kallar Kingdon policyentreprenörer, vilka kan finnas både inom och utanför den aktuella organisationen. Det kännetecknande för dessa är att de lägger mycket resurser på att driva igenom sina förslag: ”.../ their defining characteristic, much as in the case of a business entrepreneur, is their willingness to invest their resources - time, energy, reputation, and sometimes money - in the hope of a future return” (Kingdon 1984/2003: 122). I mitt material har jag kunnat urskilja två personer som av andra intervjupersoner identifierades i en roll som med lätthet kan definieras som policyentreprenör. Dessa policyentreprenörers betydelse för etableringsprocessen diskuteras avsnitt 6.7.

Det tredje flödet i Kingdons teori är det politiska flödet, som består av allmänhetens känsloläge, påtryckningskampanjer, valresultat, ideologiska diskussioner och regeringsbyte. Dessa faktorer kan kraftfullt påverka vilka frågor som fokuseras (Kingdon 1984/2003: 145). Ett exempel på hur det politiska flödet skulle kunna påverka en etableringsprocess är om den politiska majoriteten i en församling skiftar från ett politiskt block till ett annat. Till exempel har utbyggnaden av LARO i Sverige förstärkt ett medicinsk synsätt på opiatberoende som innebär att behandlingsmetoden under senare år har blivit mer accepterad. Det finns även krav på kommuner och landsting att följa nationella riktlinjer gällande missbruks- och beroendevården, vilka även de påverkar det politiska flödet.

Det är viktigt att poängtera att Kingdon menar att dessa flöden vanligtvis är frikopplade från varandra och att faktorer inom varje flöde kan påverka vilka policyförslag som realiserar i praktiken. En sista pusselbit i detta är policyfönster, som kan öppnas och stängas vid olika tidpunkter beroende på hur faktorerna i de olika flödena utvecklas. När ett policyfönster betraktas som öppet är det hög tid för policyentreprenörerna att lägga fram sina förslag och hoppas att de anses innehålla de bästa lösningarna (Kingdon 1984/2003: 165). Enligt Kingdon finns det en koppling mellan policyentreprenörernas aktiva arbete och möjligheten att fatta ett beslut, men det är inte den enda faktorn: ”The window opens because of some factor beyond the realm of the individual entrepreneur, but the individual takes advantage of the opportunity” (Kingdon 1984/2003: 182).

Policyentreprenörer kan beskrivas som personer vilka utmärker sig genom en vilja att ändra de sätt saker och ting görs på inom den sfär där de verkar (Mintrom & Norman 2009: 650). Kingdon tar upp ett antal olika egenskaper som ofta utmärker policyentreprenörer. De har en förmåga att få andra personer att lyssna på dem, som kan bero på att de ses som experter eller att de befinner sig i en position där de kan fatta beslut (Kingdon 1984/2003: 180). De har även ett socialt nätverk eller en förhandlingsskicklighet som de kan använda för att påverka beslut och de är framförallt envisa och ihärdiga i sin vilja att ändra eller skapa ny policy (Ibid: 180). Som Kingdon poängterar är det fler faktorer än policyentreprenörernas arbete som kan påverka beslutsfattandet, i nästa kapitel presenteras min analys av dessa faktorer.

6. Analys: faktorer av betydelse för etableringen

I följande analysdel presenterar jag de faktorer som intervjupersonerna menar möjliggjorde eller försvårade etableringen av Beroendeenheten. Faktorerna utgår från de arbetshypoteser som jag har använt mig av och presenteras tematiskt under särskilda rubriker och sammanfattas efter varje presentation. Denna fördjupade analys bygger i första hand på intervjupersonernas resonemang om processen och ska inte ses som uttömmande. Den organisatoriska process som mynnade ut i en läns gemensam beroendeenhet är komplex och mångtydig, vilket gör att slutsatserna bör ses som tentativa. Jag inleder med att diskutera om den begränsade användningen av opiater (heroin) i Blekinge eller länets litenhet påverkade etableringsprocessen. Därefter diskuteras de ekonomiska aspekterna av etableringen och hur detta kan kopplas till ett fokus på närsjukvård. Efterföljande tematiska avsnitt är mer ingående och diskuterar om LARO var kontroversiellt samt samarbetet mellan kommunerna och landstinget. Jag presenterar därefter konceptet ”problemimport” och avslutar med att diskutera policyentreprenörernas inverkan på etableringsprocessen.

6.1 Ett Blekinge förskonat från opiatanvändning

Några av intervjupersonerna framhåller att heroinanvändningen i länet inte är utbredd. Detta är en bild som indikeras av officiell statistik. Tullverket i Blekinge gjorde så sent som år 2003 sitt allra första beslag av heroin och mellan 2009 och 2011 rapporterade Tullverket inga beslag av heroin i länet.¹² Denna beslagsstatistik säger dock inte så mycket om eventuell användning inom länet. Tullverket kan fokusera på andra droger eller insmugglad alkohol och heroinet kan komma till Blekinge via andra vägar än de där kontroller vanligtvis utförs. En

¹² Tullverket. Beslagsstatistik 2009-2011 (<http://www.tullverket.se/pressrum/beslagsstatistik.4.4ab1598c11632f3ba9280001976.html>).

något bättre indikator på eventuell användning är statistik över de preparat som förekommer i godkända strafförelägganden och domslut inom länet. I Blekinge stod år 2009 cannabis (123) och amfetamin (114) för de allra flesta preparaten i dessa strafförelägganden och domslut, heroin förekom sex gånger och morfin tre gånger (BRÅ 2010: 57). Siffrorna för år 2006 visar heroin 24 gånger och morfin 10 (BRÅ 2007: 56).

Av ovan redovisade siffror går det emellertid inte att dra några definitiva slutsatser om opiatanvändningen i länet eftersom domslut i stor utsträckning är relaterade till den resursfördelning som styr polisens insatser. Statistiken kan endast sägas ge en viss indikation på att opiatanvändningen i länet var förhållandevis låg. Det är oklart om intervjupersonerna i mitt material uppfattade någon förändring av opiatanvändningen vid tidpunkten för diskussionerna om Beroendeenhetens etablering. Ingen av dem talade om att de uppfattade vare sig en ökning eller minskning. Enligt min kännedom gjordes det inte någon analys av heroinanvändningens utbredning i länet inför beslutet om att starta en beroendeenhet. En anledning till detta kan vara att syftet med enheten inte specifikt var att erbjuda underhållsbehandling. Målet var framförallt att skapa en sammanhållen vårdkedja gällande missbruks- och beroendevården. Socialchefen i Karlskrona kommun sade sig aldrig ha sett en analys av behovet:

J: Tycker du att man har gjort, på sätt och vis, en dålig analys av behovet lokalt av just subutex, metadonbehandling? Utifrån det, att det inte har varit helt klockrent kanske?

Socialchef: Nu tror... ja, jag har nog aldrig sett en sådan analys över huvud taget. Där man egentligen sade att den här behandlingen behövs för att vi har x många heroinmissbrukare eller liknande här. Som det här är adekvat för (socialchef Karlskrona kommun).

Den kommunpolitiker som har intervjuats menar att argumentet att det inte skulle finnas några heroinanvändare i länet fördes fram, men att han kontaktades av personer som fick LARO i Skåne:

Det fick jag ju höra för några år sedan när man pratade om opiatmissbruk. Det har vi inga i Blekinge sade de. Och tror man inte det så finns det ju ingen anledning till att ha någon behandling för dem heller. Samtidigt som jag fick höra det så träffade jag ju människor som ringde mig och sade - jag sitter på tåget varenda dag till Lund fram och tillbaka för att överleva. Så det har ju funnits (kommunpolitiker).

Dåvarande landstingsrådet med ansvar för sjukvårdsfrågor menar att behovet av LARO inte var det centrala, det var att kunna erbjuda vård och behandling för den sammantagna gruppen av missbrukare inom länet. Genom att skapa en beroendeenhet som skulle hantera hela vårdkedjan gällande missbruk och beroende gav man enhetens läkare möjligheten att utforma behandlingen. En av behandlingsmetoderna blev sedermera underhållsbehandling. Landstingsrådet prioriterade behovet för missbrukarna och de livräddande vinsterna över de rent budgetmässiga ekonomiska aspekterna: ”/.../ bara räkna ekonomiskt - kan vi rädda två ungdomar eller en till och med, om året - så är den enheten betald” (landstingsråd).

6.1.1 Diskussion

Det förefaller troligt att en förhållandevis begränsad förekomst av opiatanvändning i Blekinge gjorde att LARO inte var en prioriterad fråga under lång tid. Kingdon menar att identifiering av problem kan spela en stor roll om och framförallt *när* en fråga hamnar på den politiska agendan: ”One influence on agendas might be the inexorable march of problems pressing on the system. A crisis or prominent event might signal the emergence of such problems” (Kingdon 1984/2003: 16). Blekinge förefaller ha varit förskonat från utbred heroinanvändning, vilket har inneburit en viss ”spårbundenhet”. Personer med opiatberoende har behandlats inom de behandlingsinsatser som fanns tillgängliga inom länet, alternativt har de remitterats till LARO-program utanför länet. Det är fullt tänkbart att om Blekinge hade upplevt en ”explosionsartad” utbredning av problematisk heroinanvändning så hade den medicinska lösning på problemet som förordas av statsmakten (genom de nationella riktlinjerna för missbruks och beroendevård) blivit prioriterad. Eftersom cannabis och amfetamin är de mest förekommande narkotiska preparaten i länet förefaller det åtminstone inte överraskande att personal inom missbruks- och beroendevården samt ansvariga politiker inte specifikt prioriterade underhållsbehandling. Det finns också vissa indikationer på att de län som dröjde längst med att implementera LARO är län som historiskt sett har haft en begränsad opiatanvändning, till exempel Kronobergs läns landsting (Sjölander & Johnson 2007: 19).

Den tentativa slutsatsen blir att opiatberoende tidigare inte hade identifierats som ett problem förrän policyentreprenörerna började koppla ihop problemet opiatberoende med skapandet av en ny policy; det vill säga att Blekinge skulle erbjuda LARO inom länet som en del av den sammansatta vårdkedjan för beroendevården.

6.2 Länets geografi och litenhet

Flertalet intervjupersoner framhåller att länets storlek hade en stor inverkan på etableringen av Beroendeenheten. Den bild som framstår är den av ett litet län med täta kontakter inom de organisatoriska nätverken samt små kommuner med begränsade ekonomiska resurser. Sektionschefen för Alkohol- och Drogsektionen i Karlskrona beskriver Blekinge som ”hanterbart avståndsmässigt och befolkningsmässigt” (sektionschef). Kommunpolitikern i Karlskrona resonerar om att det kan ha diskuterats var i länet beroendeenheten skulle placeras och framhåller litenheten: ”Du kan ju egentligen lägga en sådan gemensam enhet var som helst i länet, så är det ju inte långt, det tar ju max en timme att ta sig dit, sedan är du utanför länet (kommunpolitiker). Landstingsrådet framhåller sina personliga kontakter inom länet genom sin långa politiska bana:

Blekinge är inget stort län. /.../ Jag känner alla förtroendevalda i stort sett, i alla kommuner ifrån mitt parti men även från oppositionen. Så Blekinge är inte större. Och i och med att jag har haft förmånen att jobba regionalt länsövergripande i så många år, i sjutton år med politiken och sedan haft centrala uppdrag ifrån SKL på det, har gjort att jag har haft möjligheten att föra dessa samtal (landstingsråd).

Även förvaltningschefen för psykiatri och habilitering inom landstinget framhåller att man måste beakta att Blekinge är ett litet län: ”Blekinge är ju litet, det måste man också tänka på. Så litenheten här gör ju att vi driver det utifrån den nivå som vi har möjlighet till att hantera” (förvaltningschef).

6.2.1 Diskussion

Det förhållandevis begränsade befolkningsunderlaget och att länets geografiska utbredning är liten kan ha inverkat både till Beroendeenhetens för- och nackdel. Landstingsrådet beskriver att de yrkesmässiga nätverken är täta, vilket gjorde det möjligt att ha en mer personlig kontakt med de aktörer som var inblandade. Nackdelen är att litenheten innebär förhållandevis begränsade ekonomiska resurser, vilket jag kommer in på under nästa tema.

6.3 Ekonomin styr? - Behandling enligt närhetsprincipen

Att Landstinget började erbjuda underhållsbehandling kan ses som en typ av ”hemmaplanslösning” som innebär en användning av närhetsprincipen, det vill säga att patienterna ska kunna få vård och behandling i sin närmiljö. Mer strikt definierat innebär detta en strävan att erbjuda insatser för sjukvårdsbehov som är vanligt förekommande i befolkningen, ofta förekommande för individen och som är samhällsekonomiska att bedriva

lokalt (Socialstyrelsen 2003: 18). Ambitionen med närsjukvård har enligt Socialstyrelsen varit att förbättra samverkan mellan de olika huvudmännen, framförallt med ökade resurser som mål:

Vägen för att nå fram till de avsedda ambitionerna med närsjukvården handlar i samtliga landsting och regioner om att skapa en bättre samsyn och samverkan mellan den egna primärvården, den kommunala hälso- och sjukvården och den specialiserade, ofta sjukhusanknutna, vården. Kompetens och resurser skall användas gemensamt för att uppnå bästa resultat för patienterna och medborgarna (Socialstyrelsen 2003: 19).

Socialstyrelsen fann i en kartläggning av hur begreppet närsjukvård används inom landstingen att fokus ligger på ”de patienter som har ett särskilt behov av kontinuitet, långsiktighet och helhetsperspektiv från vårdens sida” (Socialstyrelsen 2003: 20), en definition som stämmer väl in på opiatberoende patienter som grupp.

Detta fokus på närsjukvård är sammanbundet med förändringar inom den offentliga sektorn under 1990-talet. Under 1980-talet började den svenska vårdapparaten kritiseras för att vara stelbent och byråkratisk, vilket i förlängningen flyttade fokus till en tanke om att varje patient skulle få ökat inflytande över vården och ökade valmöjligheter (Winblad 2007: 134). I enlighet med New Public Management-modellen¹³ skulle patienterna agera som kunder på en privat marknad. Hälso- och sjukvårdsforskaren Ulrika Winblad menar att valfriheten inom vården sågs som ett sätt att ”effektivisera de offentliga välfärdssystemen i ekonomiskt hänseende”, med grund i neoklassisk ekonomisk teoribildning (Winblad 2007: 135). En rad reformer genomfördes under 1990-talet och en central sådan var en rekommendation från Landstingsförbundet (idag SKL¹⁴) om valmöjlighet inom hälso- och sjukvården, som antogs av samtliga landsting. Patienterna fick nya rättigheter i vården; att inom det egna landstinget kunna välja vårdcentral och sjukhus samt att genom remiss kunna välja vård utanför

¹³ Statsvetaren Christopher Hood sammanfattar NPM med sju olika element: offentliga organisationer ”avknoppas”, fokus på konkurrens inom offentlig sektor och mellan den offentliga sektorn och den privata, metoder för styrning hämtas från den privata företagsvärlden, fokus på att disciplinera resursanvändning och att hitta billigare alternativ, mer aktiv kontroll av förvaltningschefer, ökade krav på mätbar prestanda samt fokus på att kontrollera förvaltningen utefter uppsatta ”produktionsmål” (Hood 1995: 95-97). Sverige är tillsammans med Kanada, Storbritannien och Australien ett av de länder som under 1980-talet tydligast anammade detta perspektiv (Hood 1995: 99).

¹⁴ SKL, Sveriges Kommuner och Landsting, är en arbetsgivar- och intresseorganisation för Sveriges 290 kommuner och 20 landsting (http://www.skl.se/om_skl).

landstingsgränsen (Ibid: 136-137). I de fall patienter väljer vård i ett annat landsting är det hemlandstinget som är betalningsansvarigt för vården, vilket till viss del skapar ett incitament att kunna bedriva vården lokalt om det är billigare. Det har därmed förekommit att landstingen av ekonomiska skäl har förbjudit patienterna att söka vård inom annat landsting (Ibid: 141). Winblad konstaterar att ”valfrihetsreformen inte genomförts särskilt väl i den svenska hälso- och sjukvården” (Ibid: 140-141).

Den ekonomiska situationen inom Landstinget Blekinge har varit och är fortfarande prekär eftersom förvaltningen har fått krav på sparbetning i budgeten, totalt 35 miljoner kronor mellan åren 2009 till 2012 (Landstinget Blekinge 2012: 6). Ett sätt att spara in pengar har varit att använda sig av en närhetstanke som innebär att aktivt arbeta för att minimera den vård som remitteras utanför länet. Psykiatri- och habiliteringsförvaltningens ledningsgrupp överväger varje sådan potentiell remiss och menar att det ofta går att ”finna på nya vägar för att undvika att skicka patienter utanför länet” (Landstinget Blekinge 2012: 17). Eftersom metadonbehandling i Sverige länge var lokaliserad till Ulleråkers sjukhus fick patienter remitteras till Uppsala tills ytterligare LARO-enheter etablerades. I Blekinge remitterades tidigare opiatberoende patienter till Lund respektive Uppsala (Sjölander & Johnson 2009: 3).

Det är svårt att avgöra hur stor betydelse denna strategi har haft för implementeringen av en läns gemensam beroendeenhet. Landstinget fick de stora sparbetningen efter att etableringsprocessen hade inletts, men fokus på närsjukvård har länge varit centralt inom sjukvården. Resultatet av sparbetningen har blivit att landstinget 2011 har kunnat spara in 9,3 miljoner kronor jämfört med 2010 (Landstinget Blekinge 2012: 27). Intervjupersonerna upplever det ekonomiska incitamentet till att skapa en ”hemmaplanslösning” olika. Meningarna är delade om i hur stor utsträckning de ekonomiska aspekterna spelade någon roll för Beroendeenhetens tillblivelse. Landstingsrådet menar att det inte talades om någon ”hemmaplanslösning” alls utan att nyckeln som öppnade för LARO var att landstinget lyckades rekrytera en beroendeläkare med rätt kompetens.

6.3.1 Diskussion

Jag uppfattar etableringen av underhållsbehandling som ett exempel på närsjukvårdsprincipen, men om vi ser till Beroendeenheten som enhet bör troligtvis ett processorienterat tänkande framhållas som främsta drivkraft. Det har tidigare funnits en

rekommendation om samverkan mellan socialtjänst och LARO-enheten utifrån varje patients vårdplan, men detta har tagits bort från de föreskrifter och allmänna råd som gäller för LARO (jfr. Socialstyrelsen 2004b; Socialstyrelsen 2009). Samverkan mellan kommunernas och landstingens insatser har alltså tidigare varit betydelsefull för vårdformen.

I Blekinge var målet att skapa en sammanhållen vårdkedja för de personer inom länet som hade medicinska problem med missbruk eller beroende. Eventuellt skulle man här kunna tala i termer av ett ökat krav från potentiella patienters sida att få underhållsbehandling. En kritik av LARO är att behandlingsformen framkallar en sorts behandlingspessimism eller uppgivenhet gällande läkemedelsfria behandlingar (jfr Svensson 2005: 193). Det finns en oro för att opiatberoende personer ser LARO som den enda lösningen på deras problem och avböjer behandling baserad på till exempel 12-stegsmetodik, som ofta är de psykosociala insatser som kommunerna ansvarar för. Socialchefen i Karlskrona kommun menar att det kan vara svårt att få personer som har bestämt sig för att de vill ha underhållsbehandling eller har blivit utskrivna från programmet att söka andra behandlingsformer:

Det är ju ett jättesvårt läge. En person som själv då vill ha fortsatt [behandling efter ofrivillig utskrivning] men inte får för att han har misskött sig. Det är ju inte så att de vänder blad och säger nu kan jag ta emot vilken annan behandling som helst då. Utan det är ju ofta jättesvåra situationer då (socialchef Karlskrona kommun).

Om LARO inte finns tillgängligt inom länet och denna situation uppstår kan en konsekvens bli att kommunen får skicka iväg klienten på en kostsam extern placering. Detta visar på en spänning mellan dilemmat med en rädsla för ”problemimport” (se avsnitt 6.6 för en presentation av detta begrepp) och närsjukvårdsprincipen. Närsjukvårdsprincipen som gäller inom landstinget skulle också kunna innebära att förväntad eller reell import av problem för kommunerna att hantera ökar. Om detta skulle innebära ökade kostnader för kommunernas insatser är det lättare att förstå den oro och skepsis som LARO möter från kommunalt håll.

6.4 En icke-kontroversiell fråga?

Den ursprungliga metoden att behandla opiatberoende personer med hjälp av metadon utarbetades vid mitten av 1960-talet av läkarna Vincent Dole och Marie Nyswander som i New York startade ett behandlingsprogram för denna grupp. Opiatberoende personer fick regelbundet en kemiskt ren och långtidsverkande opioid under kontrollerade former med syftet att de skulle kunna normaliseras, börja arbeta och leva ett ”vanligt” liv (Grönbladh

2004: 3). Metadonbehandling introducerades i Sverige 1966 efter att psykiatern Lars Gunne, som hade varit i New York och studerat Dole och Nyswanders behandlingsmetod, startade ett program på försök på Ulleråkers sjukhus. Det startades i liten skala men växte efterhand till ett hundratal inskrivna patienter (Gunne 1990: 242). Behandlingen blev i Sverige så småningom ifrågasatt av personer som arbetade inom den drogfria narkomanvården, vilket till slut resulterade i ett intagningsstopp mellan åren 1979 och 1984 (Gunne 1990: 243; Svensson 2005: 189). Enligt Björn Johnson, docent i socialt arbete, var centrala aktörer emot metadonbehandling Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende (RFHL), socialarbetare samt företrädare för den drogfria narkomanvården (Johnson 2003: 113ff).

Ett antal argument framfördes emot metadonbehandlingen, argument som man idag kan hitta spår av i debatten om underhållsbehandling. Det uttrycktes en oro för att narkomanernas missbruk medikaliserades och blev permanent eftersom metadonpatienten sågs som aktiv narkoman även med läkemedlet (Johnson 2005: 45). Ett narkotiskt preparat hade alltså ersatts av ett annat sådant. Tilltron till farmakologiska lösningar för missbruksproblematik kritiserades utifrån den så kallade ”symptomteorin”, att missbruk beror på underliggande sociala eller psykiska orsaker.¹⁵ Läkemedlen skulle då göra att patienten inte tog tag i de underliggande orsakerna till beroendet eller missbruket. Dessutom fanns en oro för att metadonbehandlingen skulle tränga undan drogfria behandlingsalternativ. Detta handlade om att företrädare för andra behandlingsmodeller troligtvis kände sig hotade av den framväxande metadonbehandlingen med sitt medicinska och farmakologiska fokus (Johnson 2005: 46).

Bengt Svensson, professor i socialt arbete, tar upp ytterligare argument som fördes fram i kritiken emot metadonprogrammet. Dessa var rädslan för att läkemedlen skulle läcka ut till den svarta marknaden, att patienterna blev känslomässigt avtrubbade (och därmed inte gavs möjlighet att bearbeta sina känslomässiga problem som antogs ligga bakom missbruket) samt att behandlingen spred en uppgivenhet gentemot psykosocial behandling bland heroinisterna som därför avstod drogfri behandling (Svensson 2005: 193). Svensson menar att två händelser samverkade för att metadonbehandling kunde startas på nytt efter intagningsstoppet vid Ulleråker. Dessa var oron för spridning av HIV (om heroinisterna kunde ersätta injicering av heroin med oralt intag av metadon skulle spridningsrisken minska) samt en studie som

¹⁵ Idag företräds denna tanke framförallt av psykiatern Edward J. Khantzians självmedicineringsmodell (Khantzian 1997).

genomfördes på Ulleråkers sjukhus som jämförde metadonbehandlingen med narkomanvårdens ordinarie utbud och visade på metadonbehandlingens exceptionellt goda behandlingsresultat (Ibid: 190).

Som ett resultat av denna så kallade metadonkonflikt var reglerna för metadonbehandling stränga, patienterna var tvungna att vara minst 20 år gamla, ha ett dokumenterat opiatmissbruk sedan minst fyra år, inte ha ett uttalat blandmissbruk samt gjort tre tidigare försök att sluta med användningen i annan behandling (Svensson 2005: 191). Mot denna bakgrund är det intressant att ingen av intervjupersonerna menar att det var en kontroversiell fråga att etablera underhållsbehandling i vårdkedjan. Landstingsrådet menar att det inte förekom någon politisk diskussion om LARO inom landstinget:

J: Om man säger så, var det någon som var motståndare till det?

Landstingsråd: Nej.

J: Nej?

Landstingsråd: Nej, vi har aldrig haft någon politisk diskussion om det över huvud taget (landstingsråd).

Förvaltningschefen för psykiatri och habilitering upplever inte heller att det förekom någon kritik av behandlingsformen inom Landstinget Blekinge: ”Vi har inte haft några som har kommit till min kännedom, läkare som sätter sig emot detta. Och vi har inte heller i landstingets ledning, som har varit synligt i alla fall” (förvaltningschef). Den kommunpolitiker som har intervjuats har en samstämmig bild: ”Det har ju inte varit så mycket diskussion om det, det har inte varit någon offentlig debatt. /.../ Inget snack om läckage [av läkemedlen till obehöriga] och så vidare” (kommunpolitiker). Socialchefen i Karlskrona kommun menar att kommunerna inte drev frågan om LARO, utan att de såg underhållsbehandling som ett landstingsansvar:

Jag har ingen känsla av att... det var liksom ingenting som drevs från kommunernas sida. Utan snarare att man från landstingssidan ville ha det med som en möjlighet då. Det var väl ingen som hade några negativa åsikter om det heller utan man såg detta framförallt som en medicinsk fråga då. Ja. Så det var väl inte så... Sedan fanns det väl, och finns fortfarande, en hel del oro kring det hela. /.../ Sedan tror jag också att våra politiker i socialnämnden också har varit positiva generellt, till det här. Så det har väl inte funnits någon... men det har varit tydligt att man har tyckt att det har varit en landstingsfråga då. Ett slag, för ett

antal år sedan, så var det dividering ungefär som att kommunen skulle kunna starta det här, men det har vi ju sagt att det gör inte vi, utan det är faktiskt en medicinsk fråga, det handlar ju om läkemedel /.../ (socialchef Karlskrona kommun).

Med tanke på att kommunerna inte bedriver medicinsk sjukvård i någon större utsträckning är det inte överraskande att det var landstinget som tog initiativ till att etablera LARO. Det går trots detta att avläsa en viss skepticism emot underhållsbehandling hos representanterna för Karlskrona kommun. Sektionschefen för kommunens alkohol- och drogsektion var något avvaktande men nyfiken på LARO och tog upp frågan om den långvariga medicineringen:

J: Ja, för... du var positiv till underhållsbehandling?

Sektionschef: Så enkelt är det inte. Jag har alltid varit fundersam över det, men det har ju med att jag har jobbat så många år och nog alltid haft en grundinställning att du ska vara fri från droger lite grann. Jag har jobbat på institution och där hade man sådana krav och ibland hade man en positiv erfarenhet av det. Däremot är jag nyfiken utav mig, nyfiken i den bemärkelsen att man kan inte stänga dörren bara. /.../ Min kluvenhet i frågan... mitt ja till det här innebär att du egentligen ska gå på det här hela livet. Då tänker jag att, usch, det här var stort. Har jag provat allt, ska det vara så, är det bra så, hur är det nu? (sektionschef).

6.4.1 Diskussion

Min tolkning är att det har skett en viss normalisering av LARO som innebär att behandlingsmetoden ses som en av andra sådana för att behandla opiatmissbruk. Detta kan kopplas till policyflödet, eftersom behandlingsformen därmed ses som berättigad och som ett acceptabelt sätt att möta den problematiska opiatanvändning som har identifierats inom ramen för problemflödet. Normaliseringen kan tydligast uppfattas bland de som arbetar inom landstinget och det finns en något större oro för vilka konsekvenser behandlingen får för patienter och samhället bland representanter för kommunerna. Detta skulle kunna spegla en divergerande syn på missbruk och beroende. Jag menar att dessa olika perspektiv på behandling och hur man på bästa sätt hjälper opiatberoende personer kan ha inverkat på etableringsprocessen genom att samarbetet mellan kommunerna och landstinget försvårades. Denna aspekt diskuteras i nästa avsnitt.

6.5 Samarbete mellan kommun och landsting

Missbruks- och beroendevården i Sverige är idag ett delat ansvar mellan kommun och landsting. Missbruksutredningen förklarar detta så här: ”den traditionella tolkningen av

lagstiftningen har varit att kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten har ett särskilt ansvar för missbruks- och beroendevård” (SOU 2011: 108). Utredaren menar även att:

landstingens ansvar har traditionellt tolkats som att vara begränsat till medicinsk behandling i akuta missbruksrelaterade situationer och behandling av med missbruket eller beroendet samtida psykiska och somatiska sjukdomstillstånd (Ibid: 108).

Det finns alltså en övergripande reglering av huvudmännens ansvar för missbruks- och beroenderelaterade insatser som kan tolkas som ett delat huvudmannaskap gällande missbruks- och beroendevården. Detta innebär i sin tur att landstingen står för behandling av somatiska och psykiska sjukdomar medan kommunernas socialtjänst står för det mer psykosocialt betonade stödet. Så är det dock inte överallt i Sverige och ibland finns det en slagsida åt något håll, till exempel att landstinget står för huvuddelen av insatserna (SOU 2011: 35, s. 108).

I egenskap av medicinsk behandling vid opiatberoende sorterar alltså LARO under landstingets ansvar. Det delade huvudmannaskapet har kritiserats för att skapa svårigheter vad gäller samverkan mellan kommun och landsting i frågor som rör missbruks- och beroendevården (jfr. Tideström 2011: 4-8). Missbruksutredningen hade som en huvuduppgift ”att pröva kommunernas och landstingens ansvar för missbruks- och beroendevården samt överväga en förändring av ansvarsfördelningen mellan huvudmännen” (SOU 2011: 815). Detta eftersom det delade och ibland otydliga ansvaret får negativa konsekvenser för individer i behov av insatser relaterade till missbruket, ”i form av bristande tillgänglighet, samordning och kontinuitet” (Ibid: 596). Utredaren menar att den tydligaste ansvarsfördelningen vore att samla ansvaret för missbruks- och beroendevården hos *en* huvudman, men att huvudmannaskapet bör vara fortsatt delat. Istället föreslås i utredningen ett tydliggörande av huvudmännens uppgifter i vård- och stödprocessen samt ett förstärkt krav på samverkan mellan huvudmännen, framförallt gällande skyldighet att ingå samarbetsavtal och skapande av individuella vårdplaner (Ibid: 119).

Tanken med etableringen av Beroendeenheten var att skapa en gemensam överenskommelse där landstinget och länets fem kommuner skulle dela på kostnaderna för driften. Landstinget skulle stå för femtio procent av kostnaderna och kommunerna skulle få satsa procentuellt utifrån invånarantal. Avdelningschefen beskriver i intervjun att detta samarbetsavtal var klart, men att en kommun då inte längre ville ställa upp, varpå även de andra kommunerna backade.

Både avdelningschefen och förvaltningschefen för psykiatri och habilitering upplever att det därefter förflöt ”några år” då man bara talade om projektet och ingenting hände:

Sedan så sade vi det att alla fem kommunerna måste vara med, i annat fall blir det ingenting bra. Så hux flux så var fyra med, sedan var fem med och sedan var det tre och detta gick såhär fram och tillbaka i flera år. Tills vi enades. Det är svårt i Blekinge för vi har inget organ som håller ihop kommunerna. Utan [landstinget] måste arbeta gentemot varje kommun. Jag tror det är vi och Västmanland där kommunerna inte har något kommunförbund eller motsvarande. Vilket gör att det är extra svårt (förvaltningschef).

När sedan landstinget satsade på processinriktad vård, det vill säga med ett vårdkedjetänkande, blev avdelningschefen processledare för beroendeprocessen inom Landstinget. Han skrev då en rapport om detta där han förde fram vad som saknades inom missbruks- och beroendevården och betonade bland annat en egen enhet för beroende och missbruk samt samverkan med kommunerna. Mellan 2008-2009 drog landstinget igång en process där man återigen tillfrågade kommunerna om de var intresserade av att starta en gemensam beroendeenhet. Alla kommuner ville dock inte vara med och betala för den, vilket fick landstingspolitikerna att ta beslutet att driva enheten i egen regi. I en justering av en tidigare beviljad ansökan om utvecklingsmedel till en obruten och jämställd vårdkedja beskriver Alkohol- och Drogsektionen inom Socialförvaltningen i Karlskrona bakgrunden till att ansökan fick justeras:

Trots samstämmighet i frågan om behovet av en länsgemensam beroendeenhet i Blekinge har inte kommunerna kunna komma överens i frågan. Landstinget har med anledning av osämjan mellan kommunerna i Blekinge beslutat att driva en beroendeenhet i egen regi (Socialförvaltningen Karlskrona kommun: 1).

Man skriver vidare i ansökan att beroendeenheten på grund av detta skulle få en mindre omfattning än planerat och att Karlskrona kommuns finansieringsplan blev förändrad. Till slut skapades ett kontrakt som innebar att kommunerna fick ta sitt ansvar för tillnyktring och fick köpa denna tjänst av landstinget. Detta fick som resultat att det idag är landstinget som bekostar Beroendeenhetens verksamhet och att kommunerna enbart betalar för tillnyktringsverksamheten (eftersom denna är ett kommunalt ansvar i Blekinge). Detta resultat är i linje med det delade huvudmannaskapet, landstinget står för medicinsk vård och behandling och kommunerna står den fortsatta behandlingen.

Det delade ansvar för missbruks- och beroendevården som finns mellan kommun och landsting har alltså varit ett centralt problem att lösa för att kunna starta den länsgemensamma Beroendeenheten. I slutändan blev det på grund av kommunernas velande en kompromiss gällande finansieringen. Processen mot en länsgemensam beroendeenhet som drivs med visst ekonomiskt stöd från kommunerna kan ses som en kombination av ett processorienterat tänkande och en tanke om ökad effektivitet genom sammanslagningar som har fokuserats inom landstingen under 2000-talet.

Inom Landstinget Blekinge började man aktivt arbeta processorienterat, där tanken var att skapa en sammanhållen vårdkedja för patienterna. I samband med att kommunerna under 1990-talet tog över äldrevården och ansvaret för rehabilitering av patienterna efter sjukhusvistelsen uppstod en oro för att ”de organisatoriska och politiska gränserna mellan kommun och landsting skulle skapa problem för patienterna” (Siverbo 2007: 169), det som i vardagstal brukar benämnas att ”falla mellan stolarna”. Processorientering är en mångtydig styrningsfilosofi, men den centrala tanken är att ”mildra de negativa sidoeffekter som en funktionsindelad specialistorganisation för med sig” (Ibid: 169), det vill säga att patienterna riskerar att inte få en sammanhållen behandling när de hänvisas till många olika avdelningar. Allt fler landsting har också satsat på stordrift inom vården genom specialisering och sammanslagning av olika enheter eller avdelningar, med målet att koncentrera vården geografiskt (Ibid: 171-172).

För Beroendeenheten konkretiserades dessa inriktningar genom att det centrala målet var att skapa en fristående enhet som kunde hantera hela vårdkedjan för beroendepatienter. Ytterligare ett mål var att involvera kommunerna i enheten för att stärka samarbetet mellan kommunerna och landstinget i fråga om den tilltänkta patientgruppen. En central aspekt var enligt landstingsrådet att Blekinge är ett litet län och en tanke var att kunna få med hela länet som upptagningsområde. Även om jag i denna uppsats behandlar underhållsbehandlingen som en separat fråga så måste Beroendeenhetens tillkomst alltså ses som en helhet, där målet var att skapa en väl fungerande och sammanhållen vårdkedja som skulle inkludera tillnyktring, abstinensbehandling samt underhållsbehandling. Landstingsrådet framhåller att det inte togs något specifikt beslut att starta underhållsbehandling:

Landstingsstyrelsen har inte suttit ner och sagt nu ska vi erbjuda subutexbehandling. Utan vi har sagt att nu ska vi etablera en beroendeenhet, den ska fungera med hela vårdkedjan, med kommunerna. Vi bygger upp den tillsammans med kommunerna och vi tillskapar nu och renodlar så att säga vår del utav psykiatrin, ska finnas där. Sedan får [Beroendeenheten] utveckla sin verksamhet beroende på vilka behov som finns i befolkningen. Vi lägger oss inte i enskilda behandlingar (landstingsråd).

Det framstår som att behovet av att kunna erbjuda abstinensbehandling var den centrala frågan under de inledande diskussionerna om samarbetet. Förvaltningschefen för psykiatri och habilitering uttrycker detta så här:

Det skulle synas att vi tog hand om denna gruppen. Det var inte... Vi pratade även om [underhålls-]behandlingen, men det var abstinensen så att säga. /.../ Men att vi då skulle göra detta i samverkan med kommunerna, att de skulle betala för sina avgiftningar i och med att det är en kommunal angelägenhet. Det är ju det där med det dubbla [huvudmannaskapet] (förvaltningschef).

Även om Beroendeenheten alltså inte skapades specifikt för att erbjuda underhållsbehandling, så hanterar jag Beroendeenheten analytiskt som en nödvändig grund för att denna vårdform skulle kunna erbjudas.

6.5.1 Diskussion

I analysen ovan har jag försökt visa på svårigheterna i samarbetet mellan landstinget och kommunerna. De två organisationssfärerna ser olika ut och de har olika ansvarsområden inom ramen för ett huvudmannaskap för olika verksamheter. Landstinget bedriver hälso- och sjukvård och kommunerna står för de sociala insatserna relaterade till missbruket eller beroendet. Landstingsrådet menar att det ansvar som respektive organisation har tagit på sig har sett olika ut:

Det är ju lite knepigt med den delade ansvarsfördelning som finns och som fortfarande råder. Där då vår del är egentligen den medicinska och psykiatriska delen och själva behandlingen för missbruket är en kommunal fråga. Det där hur man har tagit det ansvaret från kommunernas sida har sett väldigt olika ut (landstingsråd).

Landstingsrådet menar att detta är en av anledningarna till att det tog så lång tid att skapa ett gemensamt avtal för Beroendeenheten. De olika kommunernas verksamheter är olika stora i omfattning eftersom de inte har lika stora resurser och de skiljer sig åt i sina insatser. En av Blekinges kommuner har satsat enbart på 12-stegsbehandling, en annan har skickat iväg klienterna till olika behandlingshem. Det delade huvudmannaskapet har diskuterats intensivt i

samband med att Missbruksutredningen överlämnades till regeringen och det är tydligt att denna fråga är en omdebatterad aspekt gällande effektiviteten inom den svenska missbruks- och beroendevården.

6.6 Problemimport

Utifrån de intervjuer som jag har genomfört med representanter från Karlskrona kommun förekom det inte någon uttalad kritik emot underhållsbehandlingen från kommunalt håll.

Socialchefen samt sektionschefen för missbrukarvården i kommunen menar att diskussionerna om ett länsgemensamt avtal snarare präglades av en oro för att etableringen av underhållsbehandling skulle skapa problem inom det kommunala ansvarsområdet för missbruks- och beroendevården. Det fanns en rädsla för att vårdkrävande patienter skulle flytta till länet för att söka underhållsbehandling. Jag tolkar detta som en oro för en ”import” av problem som potentiellt skulle kunna innebära en ökad belastning för kommunerna.

Socialchefen ger sin bild av hur kommunrepresentanter kan resonera om denna oro:

Sedan är det ju den här eviga frågan - som låter lite snålt - det är väl bra om de får komma hit och så, men det är klart att alla kommuner har bekymmer med sin ekonomi. Får du en sju-åtta stycken externa heroinmissbrukare som dimper ner här och tarvar miljontals kronor i behandling så det är klart att det inte är någonting som man bara kan säga hopp och hej åt. Rent generellt är det väl ingen som önskar få heroin etablerad, det är ju ingen sådan där önskedrog precis. Sedan kan det vara mer eller mindre ogrundat eller så. Men jag tror att det finns... har funnits en hel del sådan rädsla, det tror jag (socialchef Karlskrona kommun).

Det har från kommunalt perspektiv även förekommit en oro för att ”vårdkrävande och svåra” patienter blir aktuella för underhållsbehandling och sedan riskerar att bli utskrivna från behandlingen på grund av sidomissbruk eller för att de har misskött sig. Då menar företrädarna för kommunen att det finns stor risk att dessa patienter går från att vara en landstingsangelägenhet till att därefter vara kommunens ”problem”. Ett hypotetiskt sådant fall skulle innebära att en patient blir utskriven från programmet på grund av regelbrott och sedan återgår till ett problematiskt användande av heroin. Man tänker sig då att denna person måste få tag på heroin, vilket riskerar att etablera heroinet som drog inom länet. Som socialchefen poängterar så kan detta mycket väl vara ogrundade farhågor, men sättet att tänka har likheter med socialläkaren Nils Bejerots teori om narkotikamissbruk som en epidemi (Bejerot 1980).

Narkotikaforskarna Bengt Svensson och Philip Lalander menar att det finns nya och gamla heroinstäder. De exemplifierar detta med Malmö som de beskriver som en stad där ”det finns en etablerad heroinkultur sedan 1970-talet”, samt Norrköping som under andra halvan av 1990-talet såg en kraftig ökning av heroinanvändning under en femårsperiod (Svensson 2005: 57). Som tidigare nämnts är heroinbruket ovanligt i Blekinge, men en informant menar att Olofströms kommun har upplevt en kraftig ökning av heroinanvändning.

Kommunrepresentanternas resonemang bygger på en tanke om heroinets utbredning inom en lokal kontext, i likhet med nya och gamla heroinstäder skulle man kunna tala om nya och gamla heroinlän. Myndigheterna kan till exempel genom polisens beslagsstatistik eller remisser till behandling skapa sig en uppfattning om heroinanvändningen ökar, minskar, håller sig på en stabil nivå eller rent av inte längre förekommer. Utbredningen av opiatanvändning blir därför relevant för problemflödet och kan påverka identifieringen och fokuseringen av problemet, beroende på om användningen upplevs som ökande eller minskande. För Beroendeenhetens avdelningschef framstår tanken om att tillgång till LARO inom länet skulle bidra till att etablera ett ökat heroinmissbruk i Blekinge som märklig:

Det finns de som har åsikten att det drar till sig missbrukare istället för att det hjälper [skratt]. Och det är då på professionell nivå som man säger sådana konstiga saker. Att det på något sätt skulle få någon form av inflyttning av heroinister till länet för att man har en sådan här mottagning. Och då är vi sist ut med att ha detta, så hur skulle det kunna påverka? (avdelningschef).

Kommunrepresentanternas oro för ”problemimport” kan ha inverkat på att det tog lång tid att fatta ett beslut om en länsgemensam beroendeenhet. Det är för övrigt värt att notera att det inte har uttryckts några farhågor för detta problems motsatta effekt, det vill säga att Blekinges ”problemexport” (patienter placerade utanför länet) skulle skapa problem för andra kommuner.

Ytterligare en aspekt av oron för problemimport är rädslan för att läkemedlen ska hamna på den svarta marknaden i Blekinge om patienterna säljer delar av sina doser. Eftersom läckaget av läkemedlen har varit en återkommande kritik av LARO är verksamheterna noga med kontroller av patienterna så att inte obehöriga får tag på läkemedlen. En sjuksköterska som arbetar på Beroendeenheten är orolig för att patienterna ska sälja sitt buprenorfin till andra som inte har rätt till det:

Vi vill inte att det ska komma ut på marknaden. Vi är jätterädda för det, för ryktet går ju om det kommer ut på marknaden, att det är vi som har läckt. /.../ Samtidigt som man måste lita på människor så vet vi ju att man kan spela upp ett scenario så att man får som man vill. Och det är jättesvårt, man vill vara mänsklig men man vill hålla på reglerna. Jag tycker att det är ett jättedilemma. För jag vill att det ska gå rätt till och jag vill inte att mina barn ska få tag i suboxone ute. Nej. Det går redan rykten [om en patient som bor i Blekinge men som hämtar veckodoser på en enhet utanför länet och påstås sälja delar av dessa i en stad i Blekinge] (sjuksköterska).

Frågan om läckage av metadon eller buprenorfin till den svarta marknaden, där de säljs och används av personer som inte har rätt till dessa läkemedel, har varit återkommande inom debatten om underhållsbehandling (jfr. Johnson 2003: 118). De långa köerna är ett problem för flertalet LARO-mottagningar (Johnson & Sjölander 2007) och innebär att personer som väntar på behandling hamnar i en prekär situation och ibland känner sig tvungna att köpa buprenorfin på den svarta marknaden för att själva behandla abstinenssymptomen i väntan på behandling. Forskningsunderlaget angående användning av preparaten utanför behandlingsprogrammen i Sverige är litet och endast två studier har gjorts (Antoniussen 2007 och Håkansson *et al.* 2007). I en studie av deltagare i sprutbytesprogrammet i Malmö 2004 fann Håkansson med kollegor att 77 % av heroinanvändarna (av 148 personer) hade köpt eller fått buprenorfin ”på gatan” och av dessa hade majoriteten gjort detta för att behandla sina abstinenssymptom. Få av heroinanvändarna hade använt buprenorfin för att uppnå någon form av eufori i jämförelse med studiens amfetaminanvändare (Håkansson *et al.* 2007: 210).

6.6.1 Diskussion

I detta avsnitt har jag presenterat konceptet ”problemimport”, som jag bedömer har spelat en viss roll i Beroendeenhetens etableringsprocess. Från kommunalt håll fanns det en oro för att etableringen av underhållsbehandling skulle skapa incitament för opiatberoende personer att flytta till Blekinge och söka denna behandling inom länet. Eftersom det inte är helt ovanligt att patienter skrivs ut ur programmen på grund av återfall eller sidomissbruk var representanter för kommunernas förvaltningsnivå oroliga för att dessa personer skulle ta heroin till länet och dessutom bli svåra och vårdkrävande klienter för socialtjänsten. För att återkoppla till Kingdons teori kan oron för ”problemimport” placeras inom problemflödet. Denna oro hos representanter för kommunerna utgjorde ett problem som policyentreprenörerna fick rikta viss uppmärksamhet mot. Bilden som framstår är att denna oro har inneburit att representanter från kommunerna har ställt sig skeptiska till att etablera LARO i vårdutbudet. I vilken grad detta har varit betydelsefullt för etableringsprocessen är

oklart, men min tolkning är att denna oro åtminstone inte har underlättat för etableringen av Beroendeenheten.

6.7 Policyentreprenörernas inverkan

Beroendeenhetens avdelningschef och landstingsrådet framstår som två individer som tog initiativ till att Beroendeenheten skulle skapas. Jag vill påpeka att även andra personer kan ha varit betydelsefulla i etableringsprocessen, men jag diskuterar deras insatser för att exemplifiera policyentreprenörbegreppet. Dessa två personer har varit involverade i etableringen på två plan, avdelningschefen utifrån verksamheten och landstingsrådet på det politiska planet. Avdelningschefen har framförallt arbetat med att övertala tjänstemännen inom de olika kommunerna och landstingsrådet har arbetat med att övertala politikerna inom landstinget. Landstingsrådet beskriver här avdelningschefens roll för tillblivelsen:

J: Så [avdelningschefen] har spelat en ganska central roll ändå för själva tillblivelsen?

Landstingsråd: Ja, det har han gjort. Det var han som höll i utredningen om etableringen och förde samtal med kommunerna. Mer på tjänstemannanivå då och jag med det politiska, med politiken (landstingsråd).

Avdelningschefen framhåller i sin tur landstingsrådets centrala roll i processen:

Det finns ju några eldsjälur i varje kommun liksom, och i landstinget också, på olika ställen. Vi har haft en politiker som har slagits för och vurmat för beroendepatienten egentligen, annars hade vi aldrig varit här, så kan vi säga. Det är någon som ändå måste brinna. /.../ [Landstingsrådet] har varit den som psykiatrin och beroendeenheten har haft som lite av en guardian liksom. Som har tagit med sig frågan och sett vikten. /.../ [Landstingsrådet] är den som har varit med och stridit för att det här ska bli till. Så kan vi säga. Tillsammans med vår chef i psykiatrin (avdelningschef).

Avdelningschefen påbörjade sin sjukvårdskarriär 1984 inom den somatiska vården och började 1992 att arbeta inom psykiatrin, där han blev intresserad av beroende och missbruk. Han intresserade sig för just denna patientgrupp eftersom han ömmade för de som var mest utsatta och som han ansåg inte fick tillräckligt med behandlingsinsatser. Detta perspektiv kan tolkas som att ha ett kall, en vilja att arbeta med frågor som man personligen anser vara moraliskt och socialt meningsfulla (Rosso, Dekas & Wrzesniewski 2010: 99). Både landstingsrådet och avdelningschefen framhåller just patientgruppen med missbruk eller

beroende som en grupp som nekas en egen röst och som inte får tillräckligt med stöd och insatser. Landstingsrådet beskriver situationen för de med missbruk eller beroende:

Det är väldigt få som pratar om de här människorna. De som har anhöriga eller vänner som har den här problematiken, vill inte heller prata om det. Det är fortfarande skambelagt. /.../ Den här gruppen människor, där jag har träffat många föräldrar som varit förtvivlade, som ser sina barn gå ner i ett missbruk. Ja, det måste vara en fasa att då känna att man inte kan få hjälp, också känna att man inte kan prata om det. Att det liksom är skambelagt fortfarande eller att de får skylla sig själv eller är dåliga föräldrar som inte kan ta tag i detta. Det har gjort att jag har känt att är det någon grupp som vi behöver slå vakt om som folkvalda, som inte är högljudda, som inte tar för sig, så är det just den gruppen. /.../ Det är alltid den gruppen som är tystast som annars får minst (landstingsråd).

År 2003 beslutade regeringen att tillkalla läkaren Anders Milton som nationell psykiatrisamordnare och han fick uppdraget att utreda vården för psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade.¹⁶ Avdelningschefen blev då Landstinget Blekinges representant för beroende- och missbruksfrågor och fick delta i utredningens möten i Stockholm. Han menar att intresset från politiker och chefer var litet och han fick åka dit ”fastän jag var en vanlig anställd”, som en vanlig sjuksköterska med stort intresse för dessa frågor. Det han fick med sig från dessa möten fick han sedan rapportera ”uppåt” i organisationen, det vill säga till sina chefer inom landstinget, till skillnad från de andra närvarande som rapporterade ”nedåt”. Med hjälp av anslag från psykiatriutredningen kunde han bli tjänstledig med start år 2005, för att starta uppdraget med att skapa en beroendeenhet som skulle vara gemensam för kommun och landsting. Även chefen för Karlskrona kommuns missbrukarvård kunde ta tjänstledigt en tid och de två åkte runt för att inventera Blekinges missbruks- och beroendevård från både landstings- och kommunperspektiv.

Utifrån Kingdons agenda-settingteori framstår avdelningschefen som en policyentreprenör när han som intresserad anställd fick uppdraget att utreda hur kommunerna och landstinget kunde skapa en sammanhållen vårdkedja för missbruks- och beroendepatienter. Första steget var att statsmakten hade identifierat ett antal problem inom den psykiatriska vården och därför satsat resurser på att utreda hur vården kunde bli bättre. På så sätt hamnade problemflödet i fokus. Nästa steg skedde inom policyflödet när avdelningschefen och sektionschefen för alkohol- och drogsektionen i Karlskrona kommun utarbetade ett förslag som kunde presenteras för

¹⁶ Psykiatriutredningen, eller Miltonutredningen som den har kallats, resulterade i SOU 2006:100 med titeln *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.*

landstings- och kommunpolitikerna i det politiska flödet. I diskussionerna med de olika kommunerna kunde landstingsrådet som tidigare nämnts använda sitt personliga och politiska nätverk, vilket framhålls som en central karakteristik hos policyentreprenörer (Mintrom & Norman 2009: 652). Förslaget, att kommunerna och landstinget skulle dela på kostnaderna för en länsgemensam beroendeenhet, godtogs dock inte. Detta kan förstås som att policyfönstret inte var öppet - det kunde inte ske en sammankoppling av det politiska flödet, policyflödet och problemflödet.

Enligt Kingdon är den förmodligen viktigaste egenskapen för en policyentreprenör att vara ihärdig och envis: ”/.../ succesful entrepreneurs are persistent. Many potentially influential people might have expertise and political skill, but sheer tenacity pays off” (Kingdon 1984/2003: 181). Trots att kommunerna inte längre ville ställa upp var avdelningschefen fast besluten om att starta en beroendeenhet:

Jag stod på mig och ville ha igång det här, ville starta en egen enhet. Mycket för patienterna. Mycket för patienterna, men även som en utvecklande grej för mig själv. Jag ville bli chef också, det var också en bit. Utifrån det perspektivet att man hade kommit någonstans med sig själv i utvecklingsfasen. Att jag skulle vilja vara chef för den här enheten och starta det här. Det hade jag med mig genom alla åren, att ja, är det någon som ska starta det här så är det nog jag (avdelningschef).

Att det tog så lång tid att etablera en beroendeenhet var enerverande för avdelningschefen:

Det har tagit tid, jag satt och tittade på de här årtalen här, det är ju liksom nästan tio år som man har hållit på för att få till det vi har idag. Det har... mycket tid, mycket energi och jag kan nog säga att man slåss nog fortfarande för det här med rätten [till LARO] /.../ Det finns ju fortfarande de som fortfarande tycker att det är något kontroversiellt, som fortfarande tycker att det är nog inget som vi ska ha (avdelningschef).

I arbetet med tillskapandet av Beroendeenheten talade han med kommunalpolitiker i länet och han ”försökte visualisera vad man faktiskt kunde tjäna och hur mycket hjälp man faktiskt på ett enkelt sätt kunde ge” (avdelningschef). Det framstår som att avdelningschefen hade en tydlig vision om vad det var han ville starta för verksamhet. Att ha tydliga visioner och förmågan att genomdriva dem är något som kopplas till entreprenörskapet (Boyett 1996: 39), att vara avdelningschef innebär ofta ett krav på att vara proaktiv och visionär för att kvaliteten på vården ska kunna utvecklas (Rosengren & Ottosson 2007: 160).

J: Vad använde du för argument då när du försökte...?

Avdelningschef: När man pratar med politiker så är det ju mycket pengar. Argumenten blir ju ekonomiska, men också, ett av mina största argument var ju att hjälpa en grupp människor som aldrig under hela deras liv hade fått någonting egentligen, i sitt missbrukarliv, beroendeliv (avdelningschef).

Som ovanstående intervjuцитat visar argumenterade avdelningschefen på ett strategiskt sätt som han anade skulle få politikerna att inse vikten av en egen beroendeenhet. Han befann sig nu i denna roll tillsammans med landstingspolitikern inom det politiska flödet.

Avdelningschefen beskriver hur politikerna inom Karlskrona kommun var emot underhållsbehandling:

Karlskrona kommun stred väldigt länge för att inte få hit en substitutionsmottagning. Där jag var precis tvärtom, att jag tycker att vi ska inte vara den där vita fläcken på kartan i hela landet som inte har den här typen av sjukvård (avdelningschef).

Om det fanns ett motstånd inom den kommunala organisationssfären kan man anta att det för en person som vill etablera en beroendeenhet fanns incitament att agera för att driva igenom denna vilja. Som visats i tidigare citat kopplar avdelningschefen ihop landstingsrådets agerande med behovet av eldsjälur som driver frågan. Även förvaltningschefen för psykiatri och habilitering inom Landstinget Blekinge framhåller landstingsrådet som den drivande personen på det politiska planet:

Jag tycker att vi inom psykiatrin, vi har de [patientgrupper] som har det svårast. Här tycker jag att politikerna har... och vi alla, har ett extra stort ansvar. Det känns som att [landstingsrådet] utifrån det tog det ansvaret genom att driva denna frågan (förvaltningschef).

6.7.1 Diskussion

Jag har i detta avsnitt försökt visa på hur individer agerande utifrån en roll som policyentreprenör framhålls som direkt avgörande för etableringen. Att andra intervjupersoner framhåller en viss person som drivande innebär inte per automatik att det är berättigat att se honom eller henne som policyentreprenör. Det centrala för min framställning har inte varit att ”upptäcka” de policyentreprenörer som varit involverade i etableringsprocessen. Däremot har jag har försökt visa på att individuella initiativ och enträget arbete med en specifik uppgift är en av flera faktorer som kan inverka på processen. Som avdelningschefen nämner i ett citat ovan har det enligt hans mening tagit närmare tio år att skapa en länsgemensam beroendeenhet. Detta kan förstås i relation till Kingdons begrepp policyfönster, efter en

förhållandevis lång period kunde de olika flödena (det politiska flödet, problemflödet och policyflödet) sammankopplas och ett beslut om tillskapande av en beroendeenhet togs.

7. Slutsatser

Efter denna genomgång av de faktorer som intervjupersonerna menar påverkade etableringen av Beroendeenheten kan det vara på sin plats att återvända till den fråga som väcktes hos mig när jag började arbetet med fallstudien: hur kom det sig att det tog så lång tid för Blekinge att satsa på underhållsbehandling? Arbetet med denna fråga kan mest liknas vid ett detektivarbete och att komma ”utifrån” och skapa en inblick i en process som ligger några år tillbaka i tiden har varit utmanande. Mitt syfte har inte varit att ge ett entydigt svar på denna fråga, istället har jag lyft fram de faktorer som framstår som betydelsefulla i förhållande till etableringsprocessen.

Jag har i analysdelen presenterat policyentreprenörernas inverkan sist, men i termer av relevans bedömer jag utifrån intervjupersonernas resonemang att deras insatser kan lyftas fram som centrala för etableringen. Det är tydligt att det var svårt för landstinget och kommunerna att komma överens om hur Beroendeenheten skulle finansieras och detta kopplar jag till vissa inslag av samarbetssvårigheter. Grunden för detta har jag funnit i det delade huvudmannskapet inom missbruks- och beroendevården, som även speglar de olika verksamheternas divergerande natur, mellan medicinsk behandling och psykosociala insatser. Att Blekinge har varit förskonat från utbredd opiatanvändning ska nog inte underbetonas och kan ha inverkat på att problemet med opiatberoende tidigare inte var en prioriterad fråga. Att LARO inte explicit har framstått som en kontroversiell behandlingsform sätter jag i samband med det politiska flödet; statsmakten har tagit ställning för behandlingsformen genom nationella riktlinjer och LARO har därmed blivit en mer accepterad behandlingsform.

I avsnitt 6.6 presenterade jag konceptet ”problemimport” i relation till den rädsla eller oro som har funnits bland representanter för kommunerna att opiatberoende personer ska flytta till länet enbart för att komma in i LARO-programmet. Detta är en aspekt som jag inte har stött på under litteraturoversikten inför fallstudien. Som fenomen liknar detta det så kallade NIMBY-syndromet (not-in-my-back-yard), som betecknar ”protectionist attitudes of and oppositional tactics adopted by community groups facing an unwelcome development in their neighborhood” (Dear 1992: 288). NIMBY-syndromet har försvårat etableringen av

metadonprogram i USA (jfr. Jarlais 1994: 808), men rädslan för problemimport i Blekinge skiljer sig från NIMBY-begreppet eftersom fokus ligger på ett förväntat inflöde av vårdkrävande patienter/klienter i offentlig sektor. Eftersom LARO-programmen är förhållandevis strikta och det förekommer att patienter skrivs ut mot sin vilja skapar detta en oro för att patienterna ska bli ett problem för socialtjänst eller kommunalt finansierade behandlingsinsatser. Denna aspekt av etablering av LARO-enheter bedömer jag som tidigare underbetonad i forskningen och är värd att ytterligare beakta eftersom den kan tänkas vara relevant för etablering av nya LARO-enheter i Sverige.

Den läsare som har förväntat sig ett konkret svar på frågan varför det tog så lång tid för Blekinge att satsa på underhållsbehandling, eller hur det kom sig att länet blev sist i Sverige att starta underhållsbehandling lokalt, blir kanske besviken. Det är min uppfattning att det inte finns något objektivt och ”rätt” svar på denna fråga. Jag har presenterat ett antal faktorer som centrala personer inblandade i etableringsprocessen har lagt fram för att svara på frågeställningen. Förhoppningsvis har jag kunnat visa på en pluralitet i faktorerna som visar att flera tolkningar är möjliga beroende på vilken teoretisk utgångspunkt som anläggs.

Med inspiration från Howard S. Becker (Becker 1998: 39) skulle vi kunna hantera denna pluralitet genom att konceptualisera faktorerna som en maskin driven av sju kugghjul (faktorer). Går det att ta bort några kugghjul och få maskinen att fungera ändå? Min slutsats är att den ekonomiska aspekten och policyentreprenörerna är de kugghjul som måste sitta kvar. Utan ekonomiska resurser finns det ingen möjlighet att bedriva en verksamhet, vilket därmed utgör en nödvändig grund för etableringen. Ett län kan starta ett LARO-program om det så bara finns en enda potentiell patient i länet, som dessutom kan vara hur stort eller litet som helst. Behandlingsmetoden kan vara kontroversiell eller obeprövad (jämför med Lars Gunne som startade det första metadonprogrammet i Sverige). Beslutet om att tillskapa Beroendeenheten togs faktiskt utan att kommunerna hade kommit med besked om de ville vara med och delfinansiera verksamheten, vilket visar på att samarbete mellan kommun och landsting inte är en absolut nödvändighet. Det kan också finnas en rädsla för ”problemimport”, men denna rädsla har inte stoppat etableringen, om än eventuellt försenat den. Men utan ett aktivt handlande från personer som är fast beslutna att ändra på hur saker och ting görs för tillfället har jag svårt att se att Beroendeenheten hade tillskapats.

Policyentreprenörerna har identifierat ett problem, fört fram en lösning på problemet i policyflödet och har till slut kunnat driva igenom förändringen när väl policyfönstret öppnades. Med ovan nämnda sagt vill jag dock inte förespråka en deterministisk syn på en etableringsprocess av den typ som denna fallstudie diskuterar. Mer forskning behövs om etablering av LARO-enheter, om vilket jag vill säga några avslutande ord.

7.1 Fortsatta forskningsbehov

Det är vanligt att i slutet av en uppsats presentera några förslag på vidare forskning inom området, därför presenterar jag nu några sådana. Eftersom denna fallstudie är att betrakta som en enfallstudie vore det relevant att välja ut ytterligare något eller några fall av en LARO-enhets etableringsprocess för att kunna jämföra och undersöka om mina slutsatser har något att tillföra den generella kunskapen om etableringen av denna typer av enheter. För att tala med Lincoln och Guba skulle man därmed kunna undersöka frågan om hur stor graden av ”fittingness” eller överförbarhet är i jämförelse med andra fall.

Jag har försökt visa hur processen har uppfattats av centrala aktörer engagerade i etableringen och har fokuserat på två individers policyentreprenörskap. Dessa individer har agerat inom landstingets organisatoriska sfär, vilket har inneburit att förändringen av policy har drivits ”inifrån”, det vill säga av de som kom att stå för behandlingen praktiskt och ekonomiskt. Jag har inte fått några indikationer på att potentiella patienter eller patienter under behandling inom andra landsting engagerade sig i etableringen. Detta är något som enligt mig borde undersökas närmare; vilka möjligheter har patienter, klienter eller brukare att påverka rådande policy och därmed möjligheterna till att ta del av olika behandlingsalternativ? Vilka möjligheter finns för brukare att gå in i rollen som policyentreprenörer och framgångsrikt förändra rådande policy? För att forska vidare på detta skulle man kunna anlägga ett brukarperspektiv (jfr. Karlsson & Börjeson 2011) på möjligheten för patienterna att påverka sjukvården så att tillgängligheten till LARO ökar, där maktrelationer mellan sjukvårdsprofessionen och brukare rimligtvis bör fokuseras.

Jag vill framförallt rikta ett stort tack till de personer i Karlskrona som har ställt upp på intervjuer och hjälpt mig under arbetet med fallstudien. Jag vill också tacka min handledare professor Katarina Sjöberg för värdefulla råd och synpunkter under arbetets gång. Docent Björn Johnson har varit min konsulthandledare och ska ha ett stort tack för en noggrann och givande granskning av uppsatsen. Professor Bengt Svensson har läst och kommenterat ett sent utkast till uppsatsen - tack! Tack också till Kamila Biszczanik för kommentarer och givande diskussioner.

Johan Nordgren

Malmö, 2012-06-05

8. Referenser

8.1 Internt producerade dokument¹⁷

Eklund, Sten & Nilsson, RosMarie (2010a) *Blekinge Läns verksamhetsberättelse för Kunskap till Praktik 2010 med ekonomisk avsiktsförklaring för 2011*. Karlskrona: Landstinget Blekinge.

Eklund, Sten & Nilsson, RosMarie (2010b) *Genomförandeplan för implementering av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård i Blekinge Län 2010*. Karlskrona: Landstinget Blekinge.

Landstinget Blekinge (Ej daterad) *Avtal angående tillnyktring*. Karlskrona: Landstinget Blekinge.

Landstinget Blekinge (2006) *Sammanträdesprotokoll. Landstingsstyrelsen. 2006-05-29*. Karlskrona: Landstinget Blekinge.

Landstinget Blekinge (2007) *Sammanträdesprotokoll. Landstingsstyrelsen. 2007-02-19*. Karlskrona: Landstinget Blekinge.

Landstinget Blekinge (2009a) *Sammanträdesprotokoll. Landstingsstyrelsen. 2009-05-04*. Karlskrona: Landstinget Blekinge.

Landstinget Blekinge (2009b) *Budget och verkställighetsplan 2009 - 2011 för Psykiatrförvaltningen. Reviderad 2009-01-19*. Karlskrona: Landstinget Blekinge.

Landstinget Blekinge (2010) *Årsredovisning 2009*. Karlskrona: Landstinget Blekinge.

Landstinget Blekinge (2011) *Årsredovisning 2010*. Karlskrona: Landstinget Blekinge.

Landstinget Blekinge (2012) *Verksamhetsberättelse 2011*, Karlskrona: Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen. [Dnr. 2011/0099].

Landstingsfullmäktige Blekinge (2011) *Landstingsplan 2012-2014. Reviderad plan 2011 - 2014 Fastställd av Landstingsfullmäktige 2011-11-28*. Karlskrona: Landstingsfullmäktige.

Socialförvaltningen Karlskrona kommun (2011) *Utvecklingsmedel till en obruten vårdkedja för en jämställd missbruks- och beroendevård, justering av tidigare beviljad projektansökan*. Karlskrona: Socialförvaltningen Karlskrona kommun, Alkohol- och Drogsektionen.

Stålhandske, Peter (2008) *Projekt Styrmodell/vårdkedjeutveckling. Människor med beroendeproblematik*. Karlskrona: Landstinget Blekinge.

¹⁷ Förteckningen innehåller alla dokument som har samlats in och refereras inte nödvändigtvis till i texten.

Sveriges Kommuner och Landsting (2009) *Överenskommelse om implementering av Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. [Dnr. 08/2150].

8.2 Tryckta referenser

Antoniussen, Eva-Malin (2007) *Illegal Subutexanvändning – en undersökning av missbruket utanför behandlingsprogrammen*, Rapport 21. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.

Babor, Thomas, Caulkins, Jonathan, Edwards, Griffith, Fischer, Benedikt, Foxcroft, David, Humphreys, Keith, Obot, Isidore, Rehm, Jürgen, Reuter, Peter, Room, Robin, Rossow, Ingeborg & Strang, John (2010) *Drug Policy and the Public Good*, Oxford: Oxford University Press.

Becker, Howard S. (1963/1991) *Outsiders - Studies in the sociology of deviance*, New York, The Free Press.

Becker, Howard S. (1998) *Tricks of the Trade - How to Think About Your Research While You're Doing It*, Chicago: The University of Chicago Press.

Bejerot, Nils (1980) *Narkotika och narkomani. Tredje aktualiserade upplagan*, Stockholm: Bonniers.

Blennow, Mats (2011) 'Här lämnas narkotika ut legalt', i *Blekinge Läns Tidningar*. 21 september 2011.

Blomqvist, Jan (1999) *Inte bara behandling - vägar ut ur alkoholmissbruket*, Vaxholm: Bokförlaget Bjalmar och Bruno AB.

Boyett, Inger (1996) 'The public sector entrepreneur - a definition' i *International Journal of Public Sector Management*, vol. 9:2, pp. 36-51.

BRÅ (2010) Narkotikastatistik 2009. Rapport 2010:16, Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

BRÅ (2007) Narkotikastatistik 2006. Rapport 2007:24. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

Conrad, Peter (2005) 'The Shifting Engines of Medicalization', i *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46:1, pp. 3-14.

Conrad, Peter & Schneider, Joseph W. (1985) *Deviance and medicalization - From badness to sickness*, Columbus: Merrill Publishing Company.

Dear, Michael (1992) 'Understanding and Overcoming the NIMBY Syndrome', i *Journal of the American Planning Association*, vol. 58:3, pp. 288-300.

Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S. (1998) 'Introduction. Entering the Field of Qualitative Research', i Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S. (red.) *Strategies of Qualitative Inquiry*, Thousand Oaks: SAGE Publications.

Donmoyer, Robert (2000) 'Generalizability and the Single-case Study', i *Case Study Method - Key Issues, Key Texts*, Gomm, Roger, Hammersley, Martyn & Foster, Peter (red.), London: Sage Publications.

Edman, Johan (2011) 'En sjukdom? Narkotikamissbrukarna och den politiska diagnosen 1967-1981', i *Narkotika - Om problem och politik*, red. Olsson, Börje, Stockholm: Norstedts Juridik.

Flyvbjerg, Bent (2001) *Making Social Science Matter - Why social inquiry fails and how it can succeed again*, Cambridge: Cambridge University Press.

Giddens, Anthony (1984) *The Constitution of Society - Outline of the Theory of Structuration*, Malden: Policy Press.

Gowing L, Farrell M, Bornemann R, Sullivan L E & Ali R (2008) *Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection*, Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2: CD004145.

Grönbladh, Leif (2004) *A National Swedish Methadone Program 1966-1989*, Uppsala: Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine, 1325, Acta Universitatis Upsaliensis.

Gubrium, Jaber F. & Holstein, James A. (1997) *The New Language of Qualitative Method*, Oxford: Oxford University Press.

Gunne, Lars M. (1990) 'Politicians and scientists in the combat against drug abuse', i *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 25, pp. 241-244.

Hallin, Bo & Siverbo, Sven (2003) *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*, Lund: Studentlitteratur.

Haugh, Helen (2005) 'A research agenda for social entrepreneurship', i *Social Enterprise Journal*, vol. 1:1, pp. 1-12.

Hood, Christopher (1995) 'The "New Public Management" in the 1980s: Variations on a Theme', i *Accounting, Organizations and Society*, vol. 20:2/3, pp. 93-109.

Håkansson, Anders, Medvedeo, Alvaro, Andersson, Magnus & Berglund, Mats (2007) 'Buprenorphine Misuse among Heroin and Amphetamine Users in Malmo, Sweden: Purpose

of Misuse and Route of Administration', i *European Addiction Research*, vol. 13, pp. 207-215.

Jarlais, Don C. Des (1994) 'Philosophy and reality in methadone treatment', i *Addiction*, vol. 89:7, pp. 807-809.

Johnson, Björn (2003) *Policyspridning som översättning - Den politiska översättningen av metadonbehandling och husläkare i Sverige*, Lund Political Studies 130, Lund: Department of Political Science, Lund University.

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

Kakko, Johan (2011) *Heroinberoende*, Stockholm: Liber.

Karlsson, Magnus & Börjesson, Martin (2011) *Brukarmakt - i teori och praktik*, Stockholm: Natur & Kultur.

Khantzian, Edward J. (1997) 'The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications', i *Harvard Review of Psychiatry*, vol. 4:5, pp. 231-244.

Kingdon, John W. (1984/2003) *Agendas, Alternatives, and Public Policies. Second Edition*, New York: Longman.

Laanemets, Leili (2007) *Navet - Om kvinnor, prostitution, metadon- och Subutexbehandling*, Stockholm: Mobilisering mot narkotika.

Lincoln, Yvonna S. & Guba, Egon G. (2000) 'The only generalization is: there is no generalization', i *Case Study Method - Key Issues, Key Texts* (red.) Gomm, Roger, Hammersley, Martyn & Foster, Peter, London: Sage Publications.

Mattick R.P., Breen C., Kimber J. & Davoli M. (2009) *Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence*, Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3: CD002209.

May, Tim (2011) *Social Research - Issues, methods and process, 4th edition*, Berkshire: Open University Press.

Mintrom, Michael & Norman, Phillipa (2009) 'Policy Entrepreneurship and Policy Change', i *The Policy Studies Journal*, vol. 37:4, pp. 649-667.

Mogreen, Björn (2011) 'Heroinister får hjälp', i *Blekinge Läns Tidning*. 12 maj 2011.

Paredo, Ana María & Murdith, McLean (2006) 'Social entrepreneurship: A critical review of the concept', i *Journal of World Business*, vol. 41, pp. 56-65.

Plankey-Videla, Nancy (2012) 'Informed Consent as Process: Problematizing Informed Consent in Organizational Ethnographies', *Qualitative Sociology*, Online First, 25 Januari 2012.

Rosso, Brent D, Dekas, Kathryn H. & Wrzesniewski, Amy (2010) 'On the meaning of work: A theoretical integration and review', i *Research in Organizational Behavior*, vol. 30, pp. 91-127.

Rosengren, Calle & Ottosson, Mikael (2007) 'From white dress to white collar - A historical perspective on the hospital ward administrator', i Aili, Carola, Nilsson, Lars-Erik, Svensson, Lennart G. & Denicolo, Pamela (red.) *In Tension between Organization and Profession - Professionals in Nordic Public Service*, Lund: Nordic Academic Press.

Ruef, Martin & Lounsbury, Michael (2007) 'Introduction: The Sociology of Entrepreneurship', i Ruef, Martin & Lounsbury, Michael (red.) *The Sociology of Entrepreneurship*. Research in the Sociology of Organizations, vol. 25, pp. 1-29.

Schumpeter, Joseph (1949/2008) 'Ekonomisk teori och entreprenörskapets historia', i Swedberg, Richard (red.) *Schumpeter om skapande förstörelse och entreprenörskap*, Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.

Silverman, David (2001) *Interpreting Qualitative Data - Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. 2nd Edition, London: SAGE Publications.

Silverman, David (2010) *Doing Qualitative Research*. 3rd Edition, London: SAGE Publications.

Sjölander, Jens & Johnson, Björn (2009) *Tillgängligheten till läkemedelsassisterad behandling i Sverige – en uppföljning*, Rapport, Malmö Högskola.

Sjölander, Jens & Johnson, Björn (2007) *Tillgängligheten till läkemedelsassisterad underhållsbehandling i fyra sjukvårdsområden: Västra Götalandsregionen, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting och Västernorrlands läns landsting*. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.

Skretting, Astrid & Rosenkvist, Pia (2010) 'Shifting focus in substitution treatment in the Nordic countries', i *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 27, pp. 581-597.

Smith, Henry, Chalmers, Thomas C. & Smith, Henry Jr. (1982) 'Randomized versus Historical Controls for Clinical Trials' i *The American Journal of Medicine*, vol. 72:2, pp. 233-240.

Socialstyrelsen (2003) *Kartläggning av närsjukvård - en underlagsrapport inom uppföljningen av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården*, Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2004a) *Läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbrukare*, Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2004b) *Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende*. SOSFS 2004:8 Föreskrifter och allmänna råd, Stockholm: Socialstyrelsens föfattningssamling.

Socialstyrelsen (2007) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*, Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2009) *Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende*. SOSFS 2009:27 Föreskrifter och allmänna råd, Stockholm: Socialstyrelsens föfattningssamling.

SOU (2011) *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individ, kunskapen och ansvaret. Slutbetänkande av Missbruksutredningen*, Stockholm: Statens Offentliga Utredningar.

Stake, Robert E. (2000) 'The case study method in social inquiry', i *Case Study Method - Key Issues, Key Texts* (red.) Gomm, Roger, Hammersley, Martyn & Foster, Peter, London: Sage Publications.

Svensson, Bengt (2005) *Heroinmissbruk*, Lund: Studentlitteratur.

Swedberg, Richard (1998) *Max Weber and the Idea of Economic Sociology*, Princeton: Princeton University Press.

Tideström, Karin (2011) 'Missbruksutredningen får både ris och ros', i *Alkohol & Narkotika*, nr. 3/2011.

Warnke, Georgia (1987/1993) *Hans-Georg Gadamer. Hermeneutik, tradition och förnuft*, Göteborg: Bokförlaget Daidalos.

Whyte, William Foote (1943/1993) *Street Corner Society - The Social Structure of an Italian Slum, fourth edition*, Chicago: The University of Chicago Press.

Winblad, Ulrika (2007) 'Valfriheten: en misslyckad sjukvårdsreform?', i Blomqvist, Paula (red.) *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*, Stockholm: SNS Förlag.

Yin, Robert (2006) *Fallstudier - Design och genomförande*, Malmö: Liber.

Zinberg, Norman E. (1984) *Drug, Set, and Setting - The Basis for Controlled Intoxicant Use*.
New Haven: Yale University Press.