

# Samarbete och ansvarsfördelning mellan socialtjänst och mottagningar för underhållsbehandling

En kvalitativ studie om de yrkesverksammas erfarenheter

Sofie Christensen  
Josefine Hentzel

---

LUNDS UNIVERSITET  
Socialhögskolan

Kandidatuppsats SOPA63  
Ht-14



Handledare: Dolf Tops

## Abstract

Authors: Sofie Christensen och Josefine Hentzel

Title: Cooperation and division of responsibilities between social services and clinics for maintenance treatment. A qualitative study of the professionals' experiences.

Supervisor: Dolf Tops

Assessor: Hans-Edvard Roos

The purpose of this study was to investigate how the staff of the social services adult unit and clinics for maintenance treatment looks at the cooperation and division of responsibilities between the two organizations. In order to fulfill our purpose and answer our questions, we conducted a total of six interviews with staff from the two organizations. We then analyzed the empirical data with help of organizational theories such as the symbolic perspective and institutional logics. Our study shows that there are opportunities for improvement in the cooperation and division of responsibilities as our respondents expressed some criticism for how they experience the situation today. Negative criticism such as lack of knowledge, lack of trust and ambiguity regarding the division of responsibilities was exemplified, but also positive criticism including SIP meetings and the desire to improve the client's well-being were highlighted.

Key words: Cooperation, division of responsibilities, addiction, SIP, lack of knowledge

# Innehåll

Förord.....	5
<b>Kap 1 Inledning.....</b>	<b>6</b>
1.1 Problemformulering .....	6
1.2 Syfte .....	7
1.3 Frågeställningar .....	7
<b>Kap 2 Begreppsförklaring.....</b>	<b>8</b>
2.1 Opiater .....	8
2.2 Metadon.....	8
2.3 Subutex och Suboxone .....	9
2.4 Sidomissbruk.....	9
2.5 Samordnad individuell plan.....	10
2.6 Samarbete/ Samverkan .....	10
2.7 Klient/patient .....	11
2.8 Underhållsbehandling.....	11
<b>Kap 3 Tidigare forskning.....</b>	<b>11</b>
3.1 Olika syn på missbruk .....	11
3.2 Underhållsbehandling.....	13
3.2.1 Inskrivning och uteslutning ur underhållsbehandling .....	15
3.3 Vem ansvarar för vad? .....	16
3.4 Samarbete mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården.....	18
<b>Kap 4 Teori .....</b>	<b>19</b>
4.1 Symboliska perspektivet.....	19
4.2 Institutionella logiker .....	20
<b>Kap 5 Metod .....</b>	<b>22</b>
5.1 Val av metod .....	22
5.2 Förtjänster och begränsningar .....	23
5.3 Urval.....	24
5.4 Metodens tillförlitlighet och förförståelse .....	25
5.5 Tillvägagångssätt.....	26
5.6 Etiska överväganden.....	27
5.7 Arbetsfördelning.....	28
<b>Kap 6 Analys.....</b>	<b>28</b>
6.1 Presentation av intervjupersonerna och organisationerna .....	28
6.2 Synen på missbruket.....	29

6.3 Samarbete .....	32
6.3.1 Valfungerande samarbete .....	32
6.3.2 Mindre valfungerande samarbete .....	34
6.4 Ansvarsfördelning .....	39
6.4.1 Vem ansvarar för vad? .....	39
6.4.2 Vem ska ha vilket ansvar? .....	43
<b>Kap 7 Slutdiskussion .....</b>	<b>48</b>
<b>Referenslista .....</b>	<b>51</b>
Bilaga 1 .....	54
Bilaga 2 .....	55

# Förord

Vi vill tacka våra respondenter för att de ställt upp och medverkat i denna studie. Vi vill även tacka vår handledare Dolf Tops för det stöd och den vägledningen som han gett oss.

Lund, januari 2015

Sofie Christensen och Josefine Hentzel

# Kap 1 Inledning

## 1.1 Problemformulering

Det finns ett flertal orsaker till varför det i dagens samhälle är många personer som missbrukar alkohol och narkotika. Beroende på vilket perspektiv man väljer att se på missbruket utifrån, så som socialpolitiskt eller medicinskt, kan man se olika förklaringar till varför människor missbrukar. Utifrån ett socialpolitiskt perspektiv läggs fokus på samhällseliga faktorer som orsak till missbruket medan ur ett medicinskt perspektiv väljer man att se missbruksproblematiken som ett sjukdomstillstånd (Johnson, 2005). År 1968 beslutade riksdagen och regeringen utifrån Narkomanvårdskommitténs förslag att flytta en del vårdinsatser från sjukvårdsmyndigheten till socialvårdsmyndigheten som då blev en större och viktigare instans inom narkotikaområdet (Lindgren, 1993). Det tidigare medicinska synsättet fick som en följd av det nya beslutet ta ett steg till sidan då narkotikapolitiken nu såg missbruket ur ett mer socialpolitiskt perspektiv (Johnson, 2005). Att olika perspektiv på missbruket synliggörs kan vi även idag se inom den svenska narkotikapolitiken där vi tydligt kan urskilja ett socialpolitiskt och medicinskt perspektiv genom frågeställningar om vilken vård som är bäst. Det vi kan se med utgångspunkt ur missbruksutredningen SOU 2011:35a är att narkotikapolitiken idag går mot ett mer medicinskt perspektiv som utgår från sjukdomstillståndet och därmed medicinsk behandling av ett missbruk. Synen på varför missbruk uppstår, fortlever och hur det bör behandlas är alltså idag varierande och påverkas av vilket perspektiv som är utgångspunkten. Trots den skiftande synen på missbruket kräver dagens missbruks- och beroendevård att det finns ett gott samarbete mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, som båda ansvarar för stöd- och behandlingsinsatser.

Lagstiftningarna Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) har idag ett delat ansvar för missbruks- och beroendevården. Det delade ansvaret kräver enligt SoL och HSL att det finns ett fungerande samarbete mellan de två huvudmännen, kommun och landsting (SOU 2011:35b). SoL och HSL beskrivs som ramlagar vilket innebär att de reglerar kommunens och landstingets arbete på en övergripande nivå och ger dessa ett tolkningsutrymme (SOU 2011:35a). Detta tolkningsutrymme kan leda till att en konflikt uppstår mellan de två huvudmännen då de utifrån egna tolkningar av respektive lag ser olika på vem som ska ansvara för vilka områden i missbruk- och beroendevården (SOU 2011:35a).

Ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting (huvudmän för socialtjänst och hälso- och sjukvård) måste bli tydligare och samarbetet måste stärkas enligt utredningen SOU 2011:35a för att missbruks- och beroendevården ska kunna effektiviseras och för att lösa de problem som idag kan drabba klienten. Problematiken kring ansvarsfördelningen och samarbetet kan leda till att klienten inte får det stöd och den behandling som behövs i rätt tid, då tillgängligheten, samordningen och kontinuiteten blir bristande när ansvarsfördelningen är otydlig och samarbetet inte fungerar (ibid) Utredningen SOU 2011:35a ger flertalet förslag på hur ansvarsfördelningen och samarbetet kan bli tydligare mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Ett par av förslagen innefattar att landstinget ska ansvara för bland annat behandling medan kommunen ska ansvara för det psykosociala stödet (ibid)

Då vi som socionomer arbetar med människor i svåra situationer som exempelvis har en missbruksproblematik är det viktigt att vi kan hjälpa dessa människor på bästa sätt. Då bästa möjliga hjälp ofta innebär att flera organisationers insatser är nödvändiga vid samma tillfälle är det viktigt att samarbetet och ansvarsfördelningen är tydlig mellan dessa organisationer. Intresse väcks hos oss angående ansvarsfördelningen och samarbetet mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Då hälso- och sjukvården innefattar många olika verksamheter har vi valt att i denna studie fokusera på mottagningar för underhållsbehandling. Vi kan utifrån SOU 2011:35a se att den otydliga ansvarsfördelningen och det bristande samarbetet kan ha en negativ påverkan på den svenska missbruk- och beroendevården.

## 1.2 Syfte

Syftet med vår studie är att undersöka hur kuratorer på mottagningar för underhållsbehandling och socialsekreterare på socialtjänstens vuxenenhet tolkar ansvarsfördelningen och samarbetet kring sina gemensamma klienter.

## 1.3 Frågeställningar

- Hur fungerar ansvarsfördelningen och samarbetet mellan socialtjänstens vuxenenhet och mottagningar för underhållsbehandling?

- Hur tolkar socialsekreterare på socialtjänstens vuxenenhet och kuratorer på mottagningar för underhållsbehandling ansvarsfördelningen och samarbetet gällande gemensamma klienter?
- Finns det olika synsätt på missbrukets orsaker och hur påverkar dessa i så fall samarbetet mellan socialtjänsten och mottagningar för underhållsbehandling?

## Kap 2 Begreppsförklaring

Vi kommer i följande avsnitt presentera viktiga begrepp som är centrala i vår studie. Begrepp vi kommer belysa är opiater, Metadon, Subutex och Suboxone, sidomissbruk, samordnad individuell plan, samarbete/samverkan, klient/patient och underhållsbehandling.

### 2.1 Opiater

Med opiater avses ämnen som morfin, kodein och heroin (Socialstyrelsen, 2014). Heroin är det vanligaste preparatet vid opiatmissbruk och är en halvsyntetisk vidareförädling av morfin (Johnson, 2005). Alla opiater kan vid intravenösa injektioner alternativt vid höga doser ge euforieffekter. Vid fortlöpande användning av opiater kan dock effekterna minska eller upphöra då personen blivit tolerant mot samma dos. Denna tolerans leder till att personen måste öka mängden för att uppnå önskad effekt. Efter euforieffekten hamnar opiatmissbrukaren i ett slags normaltillstånd som gör att de fungerar som en opåverkad person och beroende på vilket preparat som använts varar detta normaltillstånd olika länge. Det är denna effekt av normaltillstånd som gör att människor med ett opiatmissbruk kan få underhållsbehandling, eftersom Metadon, Subutex och Suboxone har liknande effekt (ibid).

### 2.2 Metadon

Metadon är det vanligaste och även äldsta preparatet som används vid underhållsbehandling (Johnson, 2005). Det är en syntetiskt framställd opiat och dess egenskaper liknar morfin och heroin. En fördel med att använda Metadon till underhållsbehandling är att det blockerar heroinsuget och abstinensbesvären vilket gör patienten mer mottaglig för psykosociala förändringar. En nackdel med att behandla ett opiatmissbruk med Metadon är att det oftast



blir en väldigt lång behandling då få personer lyckas klara sig utan Metadonet. Metadonet kan även ge biverkningar, som exempelvis en känsla av avtrubning (Johnson, 2005).

## 2.3 Subutex och Suboxone

Subutex och Suboxone är läkemedel som kan användas vid behandling av opiatberoende, de innehåller Buprenorfin som är en verksamt substans och verkar liknande Metadonet. Subutex och Suboxone tas i tablettform som läggs under tungan (Psykiatri Skåne, 2013). Nackdelen med Subutex är, till skillnad från Metadon, att blockeringen av drogsuget efter andra opiater är svagare (Johnson, 2005). Däremot kan man se en positiv sida av Subutex att den inte är lika beroendeframkallande och giftig som Metadon. Suboxone har en liknande effekt som Subutex när det kommer till behandling av heroinberoende. Skillnaden med Suboxone är att det innehåller naloxonhydroklorid (naloxon) som normalt används för att häva opiatöversdos. Det är viktigt att Suboxone tas i tablettform då naloxonet vid injektion slår ut effekten av Buprenorfinet, som tidigare nämnt är den verkande substansen i läkemedlet (ibid).

## 2.4 Sidomissbruk

Sidomissbruk innebär att en person som får underhållsbehandling missbrukar narkotika eller alkohol vid sidan av behandlingen. I Socialstyrelsens föreskrifter om underhållsbehandling finns det angivet vilka krav som ställs på patienter inskrivna i behandling (SOSFS 2009:27). Bland annat får patienten inte ha upprepade återfall i missbruk av narkotika, patienten får inte i sådan omfattning missbruka alkohol att det blir en påtaglig medicinsk risk och patienten får inte ha manipulerat urinprov upprepade gånger. Detta innebär att om patienter återfaller i missbruk, dricker alkohol i stor utsträckning eller manipulerar urinprov ska de enligt Socialstyrelsens föreskrifter bli utskrivna från behandlingen. Det är den ansvariga läkaren på mottagningen för underhållsbehandling som tar ställning om förutsättningar för uteslutning är uppfyllda (ibid). En anledning till att en patient inte får sidomissbruka är på grund av den medicinska risk detta innebär. Att ta Metadon och samtidigt missbruka andra preparat kan medföra stor risk för patienten, exempelvis att dricka alkohol samtidigt som man tar Metadon kan leda till en kraftigt förstärkt effekt av Metadonet eller i värsta fall till andningsförlamning och död (Fass, 2013).

## 2.5 Samordnad individuell plan

När en person är i behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kommun och landsting tillsammans upprätta en individuell plan (SFS 2001:453, SFS 1992:567). Planen ska enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen upprättas i samråd med den enskilda i de fall kommunen eller landstinget tycker att den enskilda är i behov av insatser från de båda huvudmännen. I de fall det är möjligt ska den enskilde vara med i upprättandet av planen, närstående kan medverka om behov finns och om den enskilde godkänner det, även andra professioner som kan bistå med relevanta insatser kan medverka. Planen ska bidra med att kommun, landsting och den enskilde tillsammans ska besluta om vilka insatser som behövs och vilka insatser som respektive huvudman ska ansvara för. Det kan även beslutas om vilka eventuella insatser som någon annan än huvudmännen ska ansvara för och vem av kommun och landsting som ska ha det övergripande ansvaret för planen (ibid). Initiativ till planen kan tas av kommunen, landstinget, den enskilda eller en närstående (om medgivande från den enskilde finns) (1177 Vårdguiden, 2014). Planen kallas oftast för samordnad individuell plan, (i fortsättningen kallat SIP).

## 2.6 Samarbete/ Samverkan

Vi kommer i denna studie använda oss av begreppen samarbete och samverkan synonymt med varandra. Det finns enligt forskning ingen klar definition av begreppet samverkan utan även i forskning används de två begreppen ofta synonymt (Johansson, 2011). Forskare försöker förklara begreppen samverkan och samarbete vilket medför olika förklaringar. I Susanne Johansson (2011) avhandling skriver hon om Bengt Berggrens indelning av samarbete och en av dessa indelningar, kollaboration/samverkan, förklarar vilken typ av samarbete/samverkan vi tar upp i denna studie. Kollaboration/samverkan innebär att organisationerna har sina specifika kompetenser, perspektiv, kunskap och resurser. Personalen i de två organisationerna samverkar med ett delat ansvar mot ett gemensamt mål, men behåller sina regler, yrkesroller och funktioner vilket innebär att samarbetet uppstår först då en samverkanssituation uppstår (ibid).

## 2.7 Klient/patient

Vi kommer i denna studie benämna personer inskrivna i underhållsbehandling både klient och patient då socialsekreterarna på socialtjänsten benämner personen klient och kuratorerna på mottagningarna för underhållsbehandling har benämningen patient. Vi kommer använda begreppet klient när vi skriver om socialtjänsten och patient när vi skriver om underhållsbehandlingen.

## 2.8 Underhållsbehandling

Vi har i denna studie valt att använda benämningen underhållsbehandling när vi skriver om läkemedelassisterad behandling vid opiatberoende. Det finns även andra benämningar för denna behandling så som LARO (läkemedelassisterad rehabilitering vid opiatberoende), substitutionsbehandling och i vissa fall metadonbehandling (Petersson, 2013).

# Kap 3 Tidigare forskning

Då vårt syfte var att undersöka hur samarbetet och ansvarsfördelningen såg ut mellan socialtjänstens vuxenenhet och mottagningarna för underhållsbehandling kommer vi i detta avsnitt presentera tidigare forskning som gjorts inom området. Vi kommer fokusera på ämnen om syn på missbruk, underhållsbehandling, inskrivning och uteslutning ur underhållsbehandling, vem som ansvarar för vad och samarbetet mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

## 3.1 Olika syn på missbruk

1965 tillsatte Medicinstyrelsen, som 1966 ombildades till Narkomanvårdskommittén, en statlig utredning som skulle undersöka narkotikamissbruket i Sverige (Lindgren, 1993). Fyra betänkanden presenterades och ledde fram till att regeringen 1968 lade fram en proposition med förslag på åtgärder. Utifrån denna proposition beslutade riksdagen om riktlinjer för att bekämpa narkotikamissbruket och rättsväsendet fick genom detta ett förstärkt grepp över problemområdet (ibid). Beslutet ledde även till att Socialvårdsmyndigheten fick ett större ansvar gällande förebyggande åtgärder samt nya vårdinsatser, medan sjukvårdsmyndigheten

fick en allt mindre roll (Lindgren, 1993). 1977 beslutade riksdagen att målet med narkotikapolitiken skulle vara ett drogfritt samhälle (Johnson, 2005). Detta fick till följd att det medicinska synsättet på narkotikamissbruket, som länge varit starkast, nu förändrades allt mer till ett socialpolitiskt synsätt.

Den svenska metadonforskningen har sedan behandlingens start år 1966 varit ett omdiskuterat ämne. Johnson (2005) skriver att konflikten om metadonet var en följd av vårdideologiska motsättningar mellan ett medicinskt och socialpolitiskt synsätt på narkotikamissbruket. Det medicinska synsättet kom från sjukvården där man menade att opiatmissbruk är ett sjukdomstillstånd som borde behandlas med läkemedlet Metadon som ansågs vara ett verksamt läkemedel (ibid). Det socialpolitiska synsättet kunde kopplas till socialtjänsten som förespråkade den drogfria missbruksvården. Uppfattningen om absolut drogfrihet menar Johnson (2005) lever kvar hos socialtjänsten och den drogfria missbruksvården. Johnson (ibid) kan utifrån sin forskning se att bland annat socialtjänsten menar att underhållsbehandling för personer med ett missbruk inte innebär att personerna är drogfria då de i behandlingen använder narkotikaklassade preparat, även om dessa används i medicinskt syfte. Underhållsbehandlingen gör att personerna enligt detta synsätt fortsätter missbruka men att det nu är staten som kontrollerar det (Johnson, 2005).

Även i utredningen SOU 2011:35a lyfts de olika perspektiven kring missbruket upp. Synen på missbruket kunde återspeglas i lagstiftningen som var aktuell år 2011, vilket innebar att missbruket sågs som ett socialt problem. SOU 2011:35a visade även att synen på missbruket hade börjat ändra riktning. Istället för att betrakta missbruket som huvudsakligen ett socialt problem började missbruket sakta men säkert betraktas som ett sjukdomstillstånd. I SOU 2011:35a framgår det även att missbruk och beroende ingår i internationella vedertagna diagnossystem inom sjukvården, ICD (International Classification of Diseases) och DSM (Diagnostic and Statistical Manual). I takt med att kunskapen kring medicinska faktorer i förhållande till missbruket har ökat så har även inriktningen på behandlingsformer tagit ett steg åt det medicinska hållet. Traditionellt sett har de drogfria behandlingsinsatserna präglat den svenska missbruksvården, men sedan år 1990 har de läkemedelsinriktade behandlingsinsatserna accepterats mer och mer då missbruket allt mer betraktats som ett sjukdomstillstånd. (SOU 2011:35a).

Varför människor blir beroende av droger utifrån sociala och psykologiska förklaringar beskrivs av teorier så som symptomteorier där missbruket är ett symptom av psykologiska och sociala problem (Johnson, 2005). Inlärningsteorier som innebär att missbruket kan ha inlärningspsykologiska förklaringar där man menar att personer framförallt i tonåren förvärvar destruktiva beteenden, eller tillgänglighetsteorier som fokuserar på omständigheter att droger endast kan missbrukas om de finns tillgängliga i samhället. De socialpolitiska förklaringarna till missbruk är alltså att missbruket uppkommer till följd av miljöpåverkan, uppväxtförhållande och drogens tillgänglighet (ibid).

Sett från det medicinska perspektivet argumenterar man för missbruket som ett sjukdomstillstånd utifrån forskning som talar om aktivering av nervbanor vid beroendeframkallande droganvändning och biokemiska reaktioner vid användande av droger. Forskning har även kunnat visa på att det sker mer eller mindre permanenta förändringar i hjärnan vid användande av droger över tid. Dessa förändringar kan i sin tur vara förklaringen till det oemotståndliga drogsuget som enligt forskarna plågar många missbrukare (Johnson, 2005). Om man ser missbruket utifrån en medicinsk förklaring kan därmed en läkemedelsbehandling förespråkas. Så som andra sjukdomar som behandlas med medicin skall även missbruket som sjukdomstillstånd kunna göra desamma med goda resultat menar forskarna med det medicinska synsättet som utgångspunkt. Sett från ett strikt medicinskt perspektiv menar Johnson (2005) att det inte är realistiskt att målet alltid måste vara drogfrihet utan att man även måste acceptera olika behandlingsmål för olika patienter. Utifrån det medicinska synsättet kan angelägnare målsättningar än absolut drogfrihet vara bättre hälsa, överlevnad och förbättrad social situation när det kommer till sysselsättning, boende och kriminalitet (ibid).

## 3.2 Underhållsbehandling

Johnson (2010) skriver att missbruk av heroin och andra opiater är ett allvarligt problem och tidiga interventioner är viktiga för att inte missbruket ska hinna utvecklas till ett beroende. Utvecklas missbruket till ett beroende är detta mycket svårt att behandla och man har inte kunnat se några varaktiga effekter av drogfri behandling till personer med ett utvecklat heroinberoende (Johnson, 2010). Däremot finns det starkt vetenskapligt stöd att underhållsbehandlingar har god effekt när det kommer till att bryta ett opiatberoende.

Metadonet uppfanns i Tyskland under andra världskriget, då främst som smärtlindring till skadade soldater då opiumtillförseln blivit avstängd. Amerikanska forskare upptäckte efter krigets slut att preparatet kunde ha andra användningsområden och i slutet av 1940-talet användes Metadonet i syfte att avgifta opiatmissbrukare (Johnson, 2005). År 1965 publicerade Vincent Dole och Marie Nyswander en första rapport om behandling med Metadon efter att ha genomfört en studie med utgångspunkt i att se hur personer med opiatberoende svarade på Metadonet. Resultatet var uppseendeväckande då man kunde se att behandlingen lett till att narkotikabegäret i princip hade upphört hos en större del av patienterna. Studien visade att patienterna blev mer aktiva och villiga att förändra sin livsstil, man kunde även se att heroinkicken i stort sett var blockerad då ingen större effekt upplevdes om patienten tog heroin vid behandling med metadon. Dessa positiva resultat ledde till att metadonkliniker öppnades över stora delar av USA och den läkemedelsassisterade behandlingsformen fick sin början (Johnson, 2005).

Det var Lars Gunne, professor, psykiatriker och överläkare vid Ulleråkers sjukhus, som introducerade metadonbehandlingen i Sverige år 1966 efter att ha varit i USA och studerat Doles och Nyswanders försöksverksamhet (Johnson, 2005). Men introduktionen av underhållsbehandlingen i Sverige fick inte bara positiv respons. Det var många som gick till motstånd och menade att behandlingen endast innebar att man bytte ut en drog mot en annan och att Metadonet i sig var ett narkotikaklassat preparat och hade därför ingen plats i Sveriges restriktiva narkotikapolitik (ibid). En skrivelse undertecknad "Metadongruppen" med medlemmar från de flesta narkomanvårdande institutioner i Stockholmsområdet skickades till Socialstyrelsen där man bland annat kunde läsa kritiska ställningstaganden som att "Metadonisten är fortfarande narkoman och det föreligger en risk att unga människor kroniseras i ett legalt missbruk med psykisk avtrubbning och passivitet som följd" (Johnson, 2005:45). Johnson (2010) tar upp sex kritiserade områden inom underhållsbehandlingen, 1) behandlingen innebär att man byter ut en drog mot en annan, 2) behandlingen kan behålla kvar patienten i ett beroende, 3) behandlingsformen riskerar att konkurrera ut andra drogfria behandlingsformer, 4) behandlingen medför en risk för läckage till den illegala drogmarknaden, 5) behandlingen medför risker för grannskapsstörningar och 6) ökar risken för dödsfall av överdoser i och utanför behandling.

Trots ett hårt motstånd till en början så har den svenska narkotikapolitiken allt mer kommit att acceptera underhållsbehandlingen i takt med att det medicinska perspektivet på missbruk växt

sig större. Med mer omfattande forskning har narkotikapolitiken även fått en stadigare grund att stå på när det kommer till att se fördelar med underhållsbehandlingen. Man kan se att inskrivna patienter i behandlingen har en bättre fungerande vardag och kan leva ett liv med större möjlighet till arbete samt att kriminaliteten minskar (Bruce, 2009; Gibson, et al., 1999). Även sjuklighet och dödlighet minskar drastiskt när en patient är inskriven i underhållsbehandling (Fugelstad et al. 2007). En annan fördel med underhållsbehandlingen är att den minskar injektionsmissbruket vilket i sin tur leder till en minskad spridning av HIV (Bruce, 2009; Gibson, et al., 1999). Har patienten ett injektionsmissbruk är risken större att smittas viruset, då HIV smittas via blodet, men patienten kan även smittas av sjukdomen på andra sätt genom att ha ett riskbeteende så som exempelvis ett oaktsamt sexuellt beteende. Underhållsbehandlingen kan enligt forskning förebygga detta riskbeteende som i sin tur kan leda till att risken att smittas av HIV minskar (Gibson et al. 1999).

### 3.2.1 Inskrivning och uteslutning ur underhållsbehandling

För att få bli inskriven på underhållsbehandlingen finns några kriterier som måste uppfyllas. Missbrukaren måste:

- Ha minst 1 års dokumenterat opiatmissbruk
- vara minst 20 år
- inte ha ett avancerat blandmissbruk (SOSFS 2009:27)

Patienter som är inskrivna på underhållsbehandlingen får läkemedlet Metadon, Subutex eller Suboxone som de får dagligen genom att gå till mottagningen och ta läkemedlet på plats. Efter sex månader finns möjligheten att enbart komma till mottagningen ett par gånger i veckan och hämta läkemedlet, men då krävs att patienten är skötsam och följer de regler som gäller vid mottagningen (SOSFS 2009:27).

Det finns även en risk att patienter som går på behandlingen blir uteslutna om de går emot Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:27). Patienten får inte utebli från behandlingen i mer än sju dagar, får inte ha upprepade återfall i missbruk av narkotiska preparat, inte missbruka alkohol i en omfattning som innebär en påtaglig medicinsk risk. Patienten får inte manipulera urinprov vid upprepade tillfällen och får inte bli dömd för narkotikabrott, grovt

narkotikabrott eller vid flertalet tillfällen dömas för narkotikabrott av ringa art. Skulle detta förekomma så kan mottagningens ansvariga läkare besluta om att utesluta patienten och denne blir då helt avstängd i tre månader innan patienten kan ansöka om att påbörja underhållsbehandlingen igen (SOSFS 2009:27).

Frågan om hur stränga regler som ska finnas i underhållsbehandlingen är något som belysts i forskning av bland annat Fugelstad et al. (2007). Det finns fördelar och nackdelar med både stränga och mindre stränga regler, stränga regler leder till att patienterna skrivs ut direkt om de bryter mot Socialstyrelsens föreskrifter vilket kan leda till en ökad risk för dödlighet. Men mindre stränga regler kan däremot leda till en ökad risk för sidomissbruk och läckage av läkemedlet till svarta marknaden. Att bli utesluten från behandling kan medföra en ökad risk för patienterna, bland annat en större risk för dödlighet (Fugelstad et al. 2007). I en undersökning av Fugelstad et al. (2007) gjordes en jämförelse mellan personer som varit i kontakt med underhållsbehandling, inskrivna patienter, patienter som blivit uteslutna och patienter som ansökt till behandlingen men som inte blivit antagna. Jämförelsen gick ut på att titta på personer som avlidit för att se vad som orsakat dödsfallet och om man kunde se några samband mellan dessa (ibid). Man tittade på naturliga dödsfall som orsakats av AIDS, hepatit och cancer och dödsfall som inte skett naturligt som dödliga injektioner, självmord och olyckor. Av personerna som avlidit på grund av en dödlig injektion tillhörde majoriteten den grupp som blivit uteslutna från behandlingen. Även för personer som aldrig fått komma in i behandling var siffran för dödlig injektion relativt hög, medan för personer inskrivna i behandlingen var siffran väldigt låg. Dödsfall på grund av naturliga orsaker var däremot vanligare hos patienter inskrivna i behandling än patienter som blivit uteslutna eller patienter som aldrig fått komma in i behandling (ibid).

### 3.3 Vem ansvarar för vad?

2008 beslutade regeringen att tillsätta en utredare för att få en översyn över den svenska missbruks- och beroendevården och 2011 var slutbetänkandet "Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individerna, kunskaperna och ansvaret" (SOU 2011:35a) klar. Uppdraget, till utredningen, var att stärka individens ställning och göra det lättare för personer med ett missbruk eller beroende att få tillgång till kunskapsbaserade insatser (ibid). Utredningen SOU 2011:35a visar genom 70 förslag på förändringar av missbruks- och beroendevården vad som inte fungerar med vården och hur man kan förbättra arbetet. Ett antal av de 70 förslagen



handlar om ansvarsfördelningen av missbruks- och beroendevården och samarbetet mellan deras huvudmän, kommun och landsting. SOU 2011:35a konstaterar att det finns problem i form av otydlighet i vem det är som ska ansvara för vården och hur samarbetet ska se ut vilket kan påverka klienter i behov av vård negativt.

Ansvar för missbruks- och beroendevården ligger idag under lagstiftningarna Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Lagarna har karaktären av ramlagar vilket innebär att de på ett övergripande sätt reglerar kommun och landsting och vilket ansvar de har gällande missbruks- och beroendevården (SOU 2011:35a). Detta möjliggör att kommuner och landsting får ett tolkningsutrymme över sitt uppdrag och vilket ansvar de har. Detta får till följd att i vissa delar av Sverige är det kommunen som har det största ansvaret för missbruks- och beroendevården, i andra delar är det landstinget och på andra ställen har kommun och landsting ett delat ansvar. Utredningen SOU 2011:35a beskriver hur den otydliga ansvarsfördelningen kan påverka såväl klienterna som samarbetet mellan kommun och landsting. Konsekvenser för klienten kan vara osäkerhet hos vilken huvudman vården ska sökas, att inte rätt behandling erbjuds i rätt tid eller att inte rätt kombination av behandlingar erbjuds då kommun och landsting inte kan samarbeta på ett sätt som underlättar för klienten. En klient kan vara i behov av behandlingsalternativ från både landstinget och kommunen men problem kan uppstå om inte kommun och landsting kan samordna behandlingarna innehållsmässigt eller över tid så att behandlingarna blir verkningfulla (SOU 2011:35a). Underhållsbehandling är en behandlingsform som ofta behöver insatser från både landstinget och kommunen då det behövs både medicinska och psykosociala behandlings- och stödinsatser (SOU 2011:35b). Utifrån traditionella tolkningar av lagarna SoL och HSL tillhör den medicinska behandlingen och akuta missbruksrelaterade situationer landstinget medan drogfria behandlings- och stödinsatser tillhör kommunen (SOU 2011:35a).

Ett samarbete är viktigt då ansvaret för missbruks- och beroendevården faller gemensamt på de två huvudmännen. I utredningen SOU 2011:35a framkommer att detta samarbete inte fungerar på den nivå som behövs för att arbetet ska ske på bästa möjliga sätt. Kommunen och landstinget utreder och bedömer klientens problematik var för sig och utifrån sina respektive lagar, vilket kan vara en bidragande orsak till det bristande samarbetet. Denna problematik kan även leda till en konflikt gällande finansieringsfrågan (SOU 2011:35b).

Förslag utredningen SOU 2011:35a presenterar om ansvarsfördelningen handlar framförallt om att tydliggöra vem som har ansvar för vilket område inom missbruks- och beroendevården och att stärka ett samarbete. Detta genom bland annat uppdateringar i lagstiftningarna SoL och HSL men även utformandet av en ny lag med fokus på missbruks- och beroendevården som ska komplettera SoL och HSL (SOU 2011:35a).

### 3.4 Samarbete mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården

Benitha Eliasson (2010) har skrivit en avhandling om samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården kring missbruks- och beroendevården där hon lyfter perspektiv på såväl fungerande samverkan som mindre fungerande samverkan. Eliasson (ibid) menar att socialtjänsten och hälso- och sjukvården är organisationer som har liknande uppdrag och som arbetar inom samma organisatoriska område. Hon påpekar även att organisationerna har två skilda huvudmän som har skilda ansvar vilket medför skilda praktiska förutsättningar och som i sin tur kan leda till svårigheter i samarbetet. När en person är i behov av stöd för sin sjukdom som tydligt stämmer överens med de uppdrag och den kompetens som en organisation har så är ansvarsfördelningen inget problem, utan det är när en person är i behov av stöd som omfattar de båda organisationernas ansvars- och kompetensområden som samverkansproblem kan uppstå (Eliasson, 2010). I avhandlingen framkommer det att stor vikt läggs vid organisatoriska, kulturella och professionella faktorer för att förklara samverkan mellan olika organisationer. Det lyfts fram att begränsningar i samverkan kan bero på att olika organisationer har skilda strukturer och skilda sätt att arbeta på kring behandling av människor. Eliasson (2010) har även kommit fram till att organisationernas ansvarsgränser och uppdrag är otydliga vilket kan försvåra samarbetet mellan organisationerna. Hon menar även att det i grund och botten handlar om att få aktörerna att ta ansvar, dela med sig av sin professionella kompetens och att sätta av tid för att faktiskt samarbeta med den andra organisationen.

Organisationer som samarbetar har skilda logiker vilket medför att de har olika sätt att se på det arbetet som ska ske för personer som är i behov av stöd. Eliasson (2010) menar att organisationerna är företrädare för olika logiker som medför att de har skilda målsättningar, regelverk, förväntningar och önskemål – så kallade institutionella logiker vilket kan försvåra

samarbetet. Det gemensamma målet för samverkan mellan organisationer är att få en helhetssyn av klienten och ett helhetsinriktat stöd (ibid). För att kunna få till helhetsstödet menar hon att organisationerna måste ha kunskap och tillit till den andra organisationens kompetens och arbetssätt. Samverkan är trots allt inte så enkelt då det är skilda arbetssätt som ska mötas och komplettera varandra, och där organisationerna har sina grunder dels i ett medicinskt och dels i ett socialpolitiskt perspektiv (Eliasson, 2010). Till detta område skriver Eliasson (2010) om kollaboration som innebär att personalen är specialister inom sina respektive områden och i en samverkanssituation ska exempelvis ansvar och kompetens komplettera varandra. Samverkan fungerar inte i de fall då olikheterna mellan yrkesgrupperna istället används som hinder genom att de som ska samverka inte vill samverka, inte vill överskrida ansvarsgränserna eller inte har förståelse för varandras ansvar (ibid).

## **Kap 4 Teori**

Då vårt syfte är att undersöka ansvarsfördelningen och samarbetet mellan två organisationer, valde vi att analysera vår empiri utifrån organisationsteori, symboliska perspektivet och institutionella logiker, då dessa kan ge oss en större förståelse av organisationernas arbetssätt och hur dessa kan påverka arbetet med varandra. Vi kommer i detta avsnitt presentera de teorier som vi analyserar vår empiri med.

### **4.1 Symboliska perspektivet**

Det symboliska perspektivets grundläggande antaganden säger att det viktiga inte är vad som händer utan vad det betyder, att aktivitet och mening inte alltid har ett samband utan händelser kan få olika mening eftersom de tolkas olika. Det säger även att människan skapar symboler för att hantera osäkerhet och för att skapa förutsägbarhet, att människan för att skapa mening och glädje bildar ritualer, ceremonier och myter och att kultur håller samman organisationer kring en gemensam uppsättning värderingar och övertygelser (Bolman & Deal, 2012 ). Bolman & Deal (ibid) menar att symboler skapas för att ge medlemmarna inom organisationen förutsägbarhet och ge en känsla av tillhörighet i arbetet.

Organisationssymbolerna kan anta många olika former, värderingar, visioner och ritualer är några av de vanligaste (Bolman & Deal, 2012). *Värderingar* definierar det organisationen står för, en grundläggande karaktär, som särskiljer organisationen från andra organisationer. Med värderingar menas de värderingar som organisationen faktiskt tillämpar och inte bara de värderingar som står i organisationens officiella dokument. *Vision* är en bild av hur framtiden kan komma att se ut, en dröm som ger nya möjligheter för organisationen att utvecklas. *Ritualer* ger organisationen struktur och mening. Ritualerna kan knyta samman en grupp genom att medlemmarna tar till sig organisationens värderingar och traditioner vilket gör det möjligt för organisationen att nå högre mål. Att utveckla känslan av samhörighet genom att belysa organisationens värdegrund och syfte kan förtydliga organisationens identitet och kan leda till att de som arbetar inom organisationen motiveras att följa de värderingar som reglerar (Bolman & Deal, 2012).

Varje organisation har en kultur som ger en känsla av gemenskap. Organisationens kultur är något som växer fram med tiden genom att värderingar, arbetssätt och övertygelser skapas och förs vidare till nya medlemmar (Bolman & Deal, 2012). I kulturen finns all kunskap som tidigare medlemmar samlat in under organisationens existens samtidigt som den är under ständig förnyelse genom att nya medlemmar tillkommer och lärns upp. Organisationskulturen använder sig av ritualer för att skapa ordning och förutsägbarhet i arbetet, framförallt i slumpmässiga, komplexa eller oförståeliga situationer (ibid).

## 4.2 Institutionella logiker

Linde (2013) tar upp begreppet institutionella logiker och beskriver dem som organiserade principer vilka kan vara både handlingsinriktade materiella praktiker och symboliska konstruktioner. ”En institutionell logik är en kollektivt skapad och historiskt etablerad föreställning, ett slags karta” (Linde, 2013:112). Linde (2013) menar att dessa logiker utgör ett ramverk som beskriver en standard för vad en organisation bör göra. Logikerna hjälper medlemmarna inom organisationen att veta i vilken riktning de ska arbeta och ger en grund för medlemmarna att stå på vilket gör att komplexa situationer blir lättare att klara upp. Varje organisation har sina logiker och värderingar som de arbetar utifrån. Dessa logiker kan skilja sig mycket från andra organisationers logiker men i sitt arbete måste organisationen förhålla sig till sin omgivning då det kan finnas ett behov av ett samarbete. Institutionella

logiker kan vara användbart i analys av samverkan mellan organisationer då varje organisation har sin egen institutionella sfär grundad på sina institutionella logiker (Linde, 2013). Ett exempel Linde (2013) tar upp är samverkan kring en arbetsrehabiliterande insats där sjukvården har en medicinbaserad logik, försäkringskassan en rättsregelbaserad logik och arbetsgivaren en produktionsinriktad organisationslogik. De tre organisationerna arbetar utifrån olika logiker och värderingar men måste ändå kunna ha ett fungerande samarbete.

Linde (2013) skriver om institutionellt entreprenörskap och hänvisar till Paul DiMaggios beskrivning av begreppet, att nya institutioner växer fram när aktörer med resurser ser möjligheter i att verkställa intressen som anses vara viktiga. Ulla Eriksson-Zetterquist i Linde (ibid) beskriver att entreprenörerna skapar meningssystem som binder ihop funktionerna hos åtskilda organisationer. Grunden i begreppet institutionellt entreprenörskap ligger i förändring (Linde, 2013). Det råder en kamp mellan aktörerna om att legitimera sitt syfte då de anknyter till olika institutionella logiker som kan dominera under en period, medan en annan kan växa och utmana denna logik. Det institutionella entreprenörskapet kan även bidra till att en ny institution skapas där olika aktörer möts och kompletterar varandra utifrån vad som anses som viktigt (Linde, 2013) och genom detta kan denna institution hjälpa klienten på bästa sätt.

Inter-organisatorisk samverkan har mot bakgrund av den organisatoriska fragmenteringen och professionella specialiseringen kommit att betraktas som en lösning på en del välfärdsproblem. I samarbetet mellan organisationerna är det vanligt att hinder, dilemman och svårigheter uppstår med sin grund i skilda rättsliga regelverk och uppdrag men även skilda organisatoriska förklarings- och kunskapsmodeller (Johansson, 2013). Att flera organisationer ska samverka med varandra förändrar förutsättningarna för organisationens arbete då rättsliga regleringar och normer ska mötas och förhandlas kring. I förhållande till samverkan mellan organisationer finns ett dilemma då medlemmarna förväntas överskrida gränser, samordna insatser, utbyta perspektiv, arbeta mot samma mål och ha en samsyn kring arbetet. Samtidigt förväntas även medlemmen att upprätthålla regelverk, gränser och sina professionella roller, perspektiv och uppdrag. Det är främst i detta som det institutionella konfliktperspektivet på samarbete blir väsentligt (Johansson, 2013).

# Kap 5 Metod

I detta kapitel beskrivs hur vi har gått tillväga för att genomföra denna studie. Delar som kommer belysas är val av metod, förtjänster och begränsningar, urval, metodens tillförlitlighet och förförståelse, tillvägagångssätt och etiska överväganden.

## 5.1 Val av metod

Syftet med vår studie var att undersöka hur personalen från socialtjänstens vuxenhet och personalen på mottagningar för underhållsbehandling ser på ansvarsfördelningen och samarbetet kring sina gemensamma klienter. För att få svar på detta valde vi att använda oss av kvalitativ metod då den gav oss möjlighet att fråga människor om deras uppfattningar och upplevelser men även om hur och varför de gör saker på ett visst sätt och vad de tycker och tänker kring det (Ahrne & Svensson, 2011). Bryman (2011) menar att den kvalitativa forskningsmetoden ger oss möjlighet att undersöka människor och deras sociala värld, att forskaren genom metoden kan få en inblick i individers sociala värld för att förstå en viss kontext. Genom den kvalitativa metoden kunde vi ta del av personalens uppfattningar och upplevelser av ansvarsfördelningen och samarbetet kring gemensamma klienter.

När man vill ta del av människors erfarenheter och uppfattningar menar May (2011) att intervju är en lämplig metod att använda sig av. May (2011) beskriver den semistrukturerade intervjun som ett verktyg att förstå hur intervjupersonen skapar och använder innebörder i det sociala livet, vilket i denna studie var viktigt då vi ville få en förståelse för individens uppfattningar och upplevelser. Vi tyckte utifrån Mays (2011) resonemang, om vilken information som kunde inhämtas med en semistrukturerad intervju, att denna skulle ge oss bäst möjlighet att besvara våra frågeställningar. Den semistrukturerade intervjuformen gav oss möjlighet att innan intervjuerna upprätta en intervjuguide (se bilaga 2) med teman och frågor, vi fick även möjlighet under intervjuens gång att ställa följdfrågor och låta respondenterna tala fritt kring det belysta ämnet. (May, 2011, Bryman, 2011).

## 5.2 Förtjänster och begränsningar

I avsnittet ovan har vi belyst en del förtjänster med den kvalitativa forskningen och den semistrukturerade intervjuformen. Vi belyser förtjänster att metoden ger oss möjlighet att förstå en viss kontext och en social verklighet som infinner sig både hos kuratorerna på mottagningarna för underhållsbehandling och hos socialsekreterarna på socialtjänstens vuxenenhet. Det har i vår studie varit viktigt att få ta del av personalens upplevelser och erfarenheter som finns kring samarbete och ansvarsfördelning mellan de två nämnda organisationerna, för att kunna svara på våra frågeställningar och uppfylla vårt syfte.

Ytterligare förtjänster med en semistrukturerad intervju är att respondenten har stor frihet att utforma svaren på sitt eget sätt trots att forskaren har en lista över förhållandevis specifika teman som ämnas beröras (Bryman, 2011). Frågor som inte ingick i intervjuguiden kunde vi också ställa vid genomförandet av en semistrukturerad intervju vilket i vår studie var en stor förtjänst då vi på ett smidigt sätt kunde följa våra respondenter i intervjun. Vi fick möjlighet att ställa följdfrågor för att mer precist gå in på ett viktigt tema som respondenten berört och som vi ansåg vara av vikt i vår studie (ibid). Det var för oss viktigt att börja våra intervjuer med ett visst fokus, en någorlunda strukturerad start där respondenten mer och mer efterhand kunde tala fritt inom det belysta området och där vi därefter anpassade ordningsföljden av frågorna i intervjuguiden, vilket för oss var ett bra koncept. Med den semistrukturerade intervjuformen får man även en bredare bild med fler dimensioner och nyanser än vad man får med hjälp av standardiserade frågor (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2011). En fördel med semistrukturerade intervjuer är att forskaren kan anpassa sina frågor efter situationen och kan därmed få svar på andra frågor (ibid).

Det finns även begränsningar med den kvalitativa metoden. En begränsning är att metoden kan vara alldeles för subjektiv (Bryman, 2011). Att kvalitativa resultat i stor utsträckning bygger på forskarens eget intresse om vad som är betydelsefullt och viktigt. Ytterligare en begränsning som Bryman (2011) belyser med kvalitativ metod är svårigheten med att generalisera resultatet utöver den situation som studerats. Forskaren studerar endast ett litet antal personer inom en viss kontext och kritiker menar att detta gör det omöjligt att generalisera resultaten till andra miljöer. Begränsningar med att använda sig av intervjuer som metod kan vara att vi som intervjuare blir påverkade men även påverkar personen vi intervjuar. Det är svårt att komma ifrån den påverkan som sker i mötet mellan människor (Aspers, 2011). Denna påverkan, framförallt vår påverkan på respondenten, var något som vi

var medvetna om i genomförandet av intervjun för att vi i så liten utsträckning som möjligt skulle leda respondenten i en viss riktning. En annan begränsning med intervjuer kan vara att respondenten väljer att utesluta saker, detta kan bero både på att respondenten berättar det som denna tror att intervjuaren vill höra men även att respondenten inte vill berätta om sina erfarenheter och upplevelser.

## 5.3 Urval

Vi valde att göra sammanlagt sex stycken semistrukturerade intervjuer, tre stycken med socialsekreterare på socialtjänstens vuxenenhet och tre stycken med kuratorer på tre mottagningar för underhållsbehandling. Samtliga intervjuer genomfördes på organisationer belägna i samma kommun i södra Sverige. Urvalsprocessen inleddes med att vi skickade ut ett introduktionsbrev (se bilaga 1) till enhetschefer på de organisationer som vi ansåg skulle passa vår studie. Därefter gjorde vi urvalet efter vilken yrkeskategori vi trodde skulle kunna besvara våra frågeställningar i störst utsträckning. Det första urvalet vi gjorde kom att omfatta en socialtjänsts vuxenenhet och en mottagning för underhållsbehandling, för att sedan kunna ta kontakt med socialsekreterare och kuratorer. Detta tillvägagångssätt benämns tvåstegsurval (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2011). När vi trodde att enhetscheferna fått introduktionsbrevet ringde vi till dem för att presentera oss och fråga om de fått brevet. Detta för att så snabbt som möjligt få ett svar på om de kunde hjälpa oss att få till stånd tre intervjuer med socialsekreterare/kuratorer på enheten eller om vi var tvungna att söka vidare efter andra intervjupersoner.

Socialtjänsten vi kontaktade hade inte möjlighet att ställa upp på intervjuer och mottagningen för underhållsbehandling kunde endast bistå oss med en kurator. Eftersom tiden för denna studie är begränsad valde vi att ta kontakt med den socialtjänst på vilken en av oss haft sin praktik och där hade socialsekreterarna möjlighet att ställa upp på tre intervjuer. För att få kontakt med ytterligare två kuratorer från mottagningar för underhållsbehandling valde vi att ringa till olika mottagningar i den aktuella kommunen och fråga ifall intresse fanns att ställa upp på en intervju. Att få tag på respondenter var svårare än vi trodde, men till slut fick vi ytterligare två intervjuer med kuratorer på två olika mottagningar för underhållsbehandling. Vi har gjort ett så kallat målinriktat urval som innebär att forskaren gör sitt urval av intervjupersoner som är relevanta för studien och som förväntas kunna kopplas till syftet och problemformuleringen, en överenskommelse mellan forskningsfrågorna och urvalet



eftersträvas (Bryman, 2011). Vi gjorde urvalet att intervjua kuratorer på mottagningar för underhållsbehandling och socialsekreterare på en socialtjänsts vuxenenhet då båda yrkesgrupperna har en socionomexamen och att vi med utgångspunkt i vårt syfte ansåg att dessa skulle kunna ge oss störst möjlighet att besvara våra frågeställningar. Samtliga respondenter var kvinnor och hade alla en fast anställning på den aktuella organisationen, de hade varit yrkesverksamma socionomer från 1,5 år till 21 år.

## 5.4 Metodens tillförlitlighet och förförståelse

Inom forskningen används begrepp som validitet och reliabilitet där validitet handlar om man undersöker det man faktiskt säger att man undersöker och reliabilitet handlar om huruvida resultatet av studien blir detsamma om undersökning utförs på nytt (Bryman, 2011). Det är framförallt inom den kvantitativa forskningen som validitet och reliabilitet är relevant och en diskussion förs gällande dess relevans inom den kvalitativa forskningen. Men det finns flera olika sätt att försöka beskriva tillförlitligheten med en kvalitativ studie som man genomfört. Bland annat kan man istället för att använda sig av begreppen validitet och reliabilitet använda sig av extern reliabilitet, intern reliabilitet, extern validitet och intern validitet som då är mer anpassade efter en kvalitativ studie (ibid) och dessa begrepp kommer vi använda oss av. Begreppet extern reliabilitet beskriver i vilken utsträckning en studie kan upprepas. Däremot kan det finnas en svårighet med att upprepa en kvalitativ studie eftersom en social miljö är under ständig förändring, vilket gör det svårt för en forskare att undersöka samma kontext mer än en gång och få samma resultat (Bryman, 2011). Detta är något som vi är medvetna om och har därför beskrivit varje steg som vi tagit i genomförandet av studien för att förutsättningar ska finnas att upprepa denna och framförallt för att studien ska vara transparent. Att vara mer än en person som tillsammans genomför forskningen möjliggör att en diskussion kan föras gällande hur man ska tolka det material man får in (intern reliabilitet). Detta ger en större tillförlitlighet då det minskar risken av alltför subjektiva tolkningar av materialet (ibid). Vi är två personer som tillsammans genomfört denna studie och som diskuterat bland annat hur vi ska tolka vårt material för att det ska bli en så objektiv tolkning som möjligt. Vi har till denna studie haft begränsat med tid vilket gjort att vi haft svårt att uppfylla den interna validiteten som innebär att man i en kvalitativ metod ofta har lång tid att träffa respondenterna och vara delaktig i en social grupp vilket är en stor fördel. Då omfattningen av studien inte är så stor kan vi endast förlita oss på det som respondenterna

säger att de gör, för att komma åt vad som verkligen sker på arbetsplatserna hade vi även behövt göra exempelvis observationsstudier. Extern validitet handlar om förmågan att generalisera sitt forskningsresultat till andra liknande sammanhang. I en kvalitativ studie kan detta bli ett problem eftersom urvalet är begränsat till ett mindre antal undersökningsspersoner (Bryman, 2011). Vi är därför medvetna om att vår studie inte kan generaliseras till att gälla generellt i Sverige.

Det är svårt att förbise den förförståelse som vi har av världen som vi fått genom hela livet. Att ha en förförståelse kan vara problematiskt då man som forskare går in i studien med en viss utgångspunkt, denna utgångspunkt kan leda forskaren i en viss riktning och leda till subjektiva tolkningar. Men förförståelse är även viktig för att forskaren ska kunna nå förståelse av det som studeras (Aspers, 2011). Det har varit viktigt att vi i vår studie har varit medvetna om att vi har en förförståelse med oss i intervjuerna, i kodning och tolkning av den empiri som vi samlat in för att denna inte ska påverka studien negativt. Förförståelsen vi hade med oss grundades främst i att en av oss haft sin praktik inom socialtjänstens vuxenhet och då medverkat vid arbetet med klienter som fått underhållsbehandling.

## 5.5 Tillvägagångssätt

För att samla in empiri upprättade vi en intervjuguide (se bilaga 2) där vi valde ut relevanta teman och frågor som speglade vårt syfte och våra frågeställningar. De teman och frågor som vi förberett hjälpte oss att hålla ett spår under intervjun, men tillät även att respondenten talade fritt och att vi kunde komma med följdfrågor. Innan varje intervju var vi noga med att belysa om de forskningsetiska riktlinjerna gällande information, samtycke, konfidentialitet, och nyttjande, vi frågade även om det var okej att intervjun spelades in för att vi sedan skulle kunna transkribera, koda och analysera materialet som vi inhämtat.

Vid samtliga intervjutillfällen var vi båda närvarande men det var endast en av oss som ledde intervjun och den andra förde anteckningar som säkerhetsåtgärd om vi skulle få tekniska problem med röstinspelningen samt kom med följdfrågor om intervjuledaren missade någon viktig aspekt. För att fördela arbetet jämnt valde vi att genomföra tre intervjuer var. Varje intervju varade mellan 30-60 minuter och genomfördes på den arbetsplats där respondenten var yrkesverksam. Efter varje intervjutillfälle transkriberade vi intervjuerna och när samtliga

intervjuer var transkriberade började vi koda vår empiri. I kodningsförfarandet började vi med att läsa igenom alla transkriberade intervjuer och valde då ut några teman utifrån vårt syfte som vi ville titta närmare på i vår analys. Övergripande teman var ansvarsfördelning, samarbete och vilken syn kuratorerna och socialsekreterarna har på orsaken till varför människor missbrukar. Vi valde att markera de olika teman med överstrykningspennor för att få en överblick över vad de olika respondenterna sagt om de olika temana.

Citaten i analysen kommer från intervjuerna och är renskrivna genom att pauser och ord som mm och eh har plockats bort, vilket inte påverkar förståelsen utav citatet. Vi använder oss av (...) för att visa att vi börjat och avslutat mitt i en mening eller att vi plockat bort enstaka ord i citaten.

## 5.6 Etiska överväganden

Vid genomförandet av forskning finns flera etiska överväganden som måste beaktas. Vid valet av forskningsfråga är det av stor vikt att reflektera kring den balansgång som finns mellan produktionen av kunskap och människors integritet (May, 2011). Det finns fyra etiska huvudkrav som tillsammans uppfyller individskyddskravet (Vetenskapsrådet, 2002) och som vi utgått ifrån i genomförandet av denna studie. *Individskyddskravet* finns för att skydda samhällets medlemmar från insyn i bland annat deras livsförhållanden och för att skydda individer från att utsättas för fysisk eller psykisk skada eller förödmjukelse (ibid).

Vid intervjutillfällena informerade vi om de *fyra* etiska huvudkraven informationskravet, nyttjandekravet, konfidentialitetskravet och samtyckeskravet (Vetenskapsrådet, 2002). Vi började intervjuerna med att fråga om det gick bra att intervjun spelades in, vilket alla sex respondenterna godkände. Vi fortsatte sedan med att berätta om vårt syfte med uppsatsen, vilket uppfyller *informationskravet* och vi uppfyllde *samtyckeskravet* genom att berätta att deltagandet var frivilligt och att möjligheten fanns att avbryta sitt deltagande när som helst och att vi då inte skulle använda det material som vi fått av respondenten. Vi underrättade respondenterna om att det material som samlas in enbart kommer användas till denna studie vilket uppfyller *nyttjandekravet* och att enligt *konfidentialitetskravet* kommer inga namn skrivas ut i studien och inte heller den kommun respondenten arbetar i. En anledning till anonymiseringen är att det för vår studie inte har någon betydelse att inte skriva ut i vilken kommun respondenterna arbetar. Detta då syftet med studien är att få en bild av hur personal

på mottagningar för underhållsbehandling och personal på socialtjänstens vuxenenhet ser på ansvarsfördelningen dem emellan och deras syn på samarbetet och inte på hur det ser ut i just en specifik kommun.

En situation där vi gjorde ett tydligt etiskt övervägande var när vi valde att intervjua personal där en av oss haft sin praktik. Vi valde att i denna situation låta den av oss som inte hade någon relation till respondenterna hålla i dessa tre intervjuer. De övriga tre respondenterna hade vi inte någon relation till och dessa intervjuer leddes av den av oss som tagit stödanteckningar vid de övriga tre intervjuerna.

## 5.7 Arbetsfördelning

I denna studie har vi varit två studenter som arbetat tillsammans. Vi har delat upp delar av litteraturen för att sedan informera varandra om vad som varit relevant. Vi har även delat upp skrivandet till en början på så sätt att vi skrivit ungefär hälften av varje kapitel var för sig för att sedan tillsammans redigera materialet. Den ena av oss fokuserade i analysen på samarbetet och den andra på ansvarsfördelningen. Tillsammans har vi genom hela studien haft en diskussion om hur vi vill att studien ska se ut och genomföras.

# Kap 6 Analys

I följande avsnitt kommer vi analysera vår empiri med den tidigare forskning och teorier som vi presenterat ovan. Vi kommer analysera empirin under rubrikerna, presentation av intervjupersonerna och organisationerna, synen på missbruket, välfungerande samarbete, mindre välfungerande samarbete, ansvarsfördelning, vem ansvarar för vad? och vem ska ha vilket ansvar?

## 6.1 Presentation av intervjupersonerna och organisationerna

Vi har i denna studie intervjuat totalt sex personer, tre socialsekreterare från en socialtjänsts vuxenenhet och tre kuratorer från tre olika mottagningar för underhållsbehandling. Vi ställde i intervjuerna frågan vilka arbetsuppgifter personalen har på sina respektive arbetsplatser för att få en bild av arbetet de utför. Socialsekreterarna uppgav att de arbetar med ansökningar,

orosanmälningar (en anmälan som kommer in till socialtjänsten från en organisation eller privatperson som uttrycker oro för en persons hälsa på grund av missbruk) och LVM-anmälningar gällande missbruksfrågor. De utreder om behov finns för någon form av behandling, stöd eller boende och beviljar klienten öppenvårdsinsatser, institutionsvårdsinsatser eller rådgivning och har sedan ett uppföljningsansvar.

Socialsekreterarna uppger att de medverkar vid SIP där man samordnar vilka insatser klienten behöver och vem som ska ansvara för vilka insatser. Varje socialsekreterare uppger att 4-7 av sina klienter är inskrivna på underhållsbehandling.

Samtliga tre kuratorer uppgav att deras arbete handlar om mer än att bara ha samtal med patienterna, även om stödsamtal också förekommer. De arbetar med utredningar och bedömningar av de som söker till programmet och samordnar kontakt med socialtjänst, kriminalvård, frivård och kontaktperson. De skriver vårdplaner tillsammans med patienterna och medverkar vid SIP möten. Kuratorerna uppger att arbetet innefattar att stötta patienten i det som denna behöver hjälp med just nu. Mottagningarna för underhållsbehandling kan förutom att tillhandahålla med en kurator per mottagning även bistå med läkare, psykolog och sjuksköterska. Två av mottagningarna kan erbjuda patienterna gruppverksamhet med olika teman och två av mottagningarna har samtalsstöd med återfallspreventiv karaktär. Alla patienter får även en kontaktperson i form av sjuksköterska som kan hjälpa till och stötta. Det skiljer sig mellan mottagningarna hur många patienter som är inskrivna i behandlingen, de mottagningar vi haft kontakt med har allt från ca 100 till 300 inskrivna patienter.

## 6.2 Synen på missbruket

I intervjuerna var det viktigt för oss att få en bild av hur respondenterna ser på orsaken till varför människor missbrukar, då det beroende på vilken syn de har kan medföra att en specifik behandlingsinsats förespråkas. Ett medicinskt synsätt kan leda till att en behandlingsform med medicinsk inriktning föredras, som exempelvis underhållsbehandling. Medan ett mer socialpolitiskt synsätt kan leda till att en drogfri behandlingsform föredras. Socialsekreterarnas övergripande bild av missbruket leder tankarna in på det socialpolitiska perspektivet då samtliga menar att uppväxten har en stor påverkan på människan och kan leda människan in i ett missbruk. En av de tre socialsekreterarna beskriver att orsaken till missbruket kan vara att personen upplevt mycket misslyckanden i livet, så som skolarbeten, utanförskap, skilsmässor, separationer, arbetslöshet, boendeproblem och ekonomiska

bekymmer. Samtliga socialsekreterare lyfter två av de faktorer som Johnson (2005) skriver om, där han och även socialsekreterarna menar att missbruket kan ha socialpolitiska förklaringar som tillkommer till följd av miljöpåverkan och uppväxtförhållanden. Ärftlighet som orsak till missbruk lyftes också, framförallt av en socialsekreterare som menar att ärftligheten och den biologiska biten också har en viss påverkan på människor som börjar missbruka. Hon påpekar att mammor som missbrukar när barnet ligger i magen kan sätta igång vissa processer hos barnet redan där.

Även kuratorerna på mottagningarna för underhållsbehandling har en flersidig bild av missbruksorsaker där samtliga menar att både miljöpåverkan och arv spelar stor roll i varför personer börjar missbruka. En förklaring som två av kuratorerna hade var att missbruket till stor del handlar om att personen vill missbruka bort en känsla eller att förhöja en känsla av bland annat lugn, välbefinnande och lycka. De menar att missbruket till stor del handlar om att stänga ute känslor som inte är så lätta att hantera och att detta kan göras genom att ta en drog. En av de tre kuratorerna lyfter att hon inte gör någon skillnad på sig själv och sina patienter, hon menar att man kan komma från samma bakgrund, men det är vägvalet i vägkorset som är skillnaden och som bestämmer vägen i livet. En annan kurator menar att beroende är en psykisk sjukdom som kan ha sin grund i andra typer av psykisk ohälsa.

Mellan kuratorerna och socialsekreterarna kan det ses en stor likhet då de alla pratar om förutsättningar i livet, uppväxten och arv som betydande faktorer till varför människor börjar missbruka. En kurator menar däremot att en skillnad kan ses beroende på vilken utbildning man har, att socionomer mer ser orsakerna som framförallt miljöfaktorer och sjukvårdspersonal ser orsakerna framförallt som biologiska.

(...) vi kan generalisera på vårt sätt med att säga att allt är miljöfaktorer medan sjukvården generaliserar och säger att allt är genetiskt, jag tror att det är både och.  
(Kurator)

Bolman & Deal (2012) lyfter begreppet värderingar och menar att värderingarna är det som organisationen står för, de skapar en känsla av identitet och får människor att känna sig utvalda och unika. De respondenter som vi intervjuat har alla grund i sin organisations värderingar, där de finner trygghet och känsla av sammanhang. När vi talade med respondenterna om hur de ser på missbruket svarade samtliga med en grund i sina egna

personliga åsikter, men även utifrån de värderingar som finns inom organisationen. De värderingar som tyder på vad organisationen står för och de värderingar som skapar en känsla av identitet för medlemmarna (Bolman & Deal, 2012). Som representant för organisationen har samtliga medlemmar en utgångspunkt i de värderingar som organisationen står för när de förmedlar sina budskap. Vi kan tydligt se ett gemensamt tankesätt kring orsaker till missbruk och kanske grundar sig detta i att samtliga är socionomer som är inlärd i det socialpolitiska perspektivet.

Johnson (2005) lyfter fram att den gamla uppfattningen från socialtjänsten om underhållsbehandlingen som en icke drogfri behandlingsform levde kvar då han 2005 skrev sin bok. Vi kan däremot i vår studie inte generalisera att denna bild lever kvar hos samtliga socialsekreterare, utan de socialsekreterare som vi intervjuat menar istället att behandlingen är bra i de fall då ett sidomissbruk inte förekommer och att klienten tar sin medicin enligt ordination. De menar att behandlingsformen kan ge människor en ny chans i livet att fungera i ett normaltillstånd och kan leva ett normalt liv, men de ställer sig tveksamma till några utav de kriterier som ska uppfyllas för att få påbörja underhållsbehandling. En av socialsekreterarna antyder på det som Johnson (2005) menar att underhållsbehandlingen av många inte anses vara en drogfri behandling då hon påpekar att underhållsbehandlingen på något sätt förstärker människans behov av en drog. Hon ställer sig frågande till om den medicinska behandlingsformen vid missbruk kommer fortgå i framtiden eller om vi i samhället faktiskt förstärkt och gjort ett större problem av missbruket. Den medicinskt inriktade behandlingsformen på missbruk har som Johnson (2005) beskrivit accelererat i takt med att det medicinska perspektivet på missbruk fått större inflytande. Men en av socialsekreterarna oroar sig för vad som kommer hända med de klienter som går i programmet när samhället återigen byter perspektiv och nya behandlingsformer etableras. Kuratorerna på mottagningarna för underhållsbehandling har inte upplevt det motstånd i den utsträckning som Johnson (2005) skriver om från socialsekreterarnas sida gällande behandlingsformen. Däremot menar de att det kan finnas åsikter från vissa socialsekreterare som är mer negativt inställda till behandlingsformen och som kan medföra att det blir svårare att ha ett välfungerande samarbete. Men i det stora hela menar samtliga kuratorer att de upplever en positiv inställning från socialsekreterarna.

## 6.3 Samarbete

I detta avsnitt kommer vi att titta på vår empiri utifrån samarbetet mellan två organisationer. Vi kommer att med stöd i organisationsteori och tidigare forskning belysa hur samarbetet ser ut och utgå ifrån både positiva och negativa bilder som framkommit i våra intervjuer.

### 6.3.1 Välfungerande samarbete

2010 utvecklades ett verktyg med målsättning att förbättra samarbetet mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården, så kallad Samordnad Individuell Plan (SIP). SIP är ett lagstyrt verktyg som säger att när socialtjänsten och mottagningarna för underhållsbehandling har klienter som är i behov av kontakt med båda organisationerna ska det upprättas en plan där organisationerna möts för att besluta om vilka insatser som respektive organisation ska bistå med. Det har sedan 2010 varit ett krav på att använda SIP och samtliga av våra respondenter är positiva till detta verktyg.

(...) SIP en Samordnad Individuell Plan som ska användas om klienten är i behov av insatser från sjukvården och från oss på socialtjänsten, exempelvis mellan landsting och kommun, och den används flitigt för att kunna fånga upp klientens olika behov och önskemål om det är från olika verksamheter, så det är ett bra verktyg (...)  
(Socialsekreterare)

(...) behövdes ett ökat samarbete mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården och då så upprättade man ju den här Samordnad Individuella Planen och den syftar ju till att man ska kunna samordna insatser (...) (Kurator)

SIP möjliggör att två organisationers olika logiker möts och arbetar tillsammans för att få till stånd bästa möjliga utgång för den gemensamma klienten. Linde (2013) menar att en organisation är uppbyggd av logiker, ett slags ramverk som beskriver vad en organisation bör göra och även vad andra organisationer inom fältet kan, eller inte kan, förvänta sig av den specifika organisationen. Socialtjänsten är uppbyggd på sina logiker och mottagningarna för underhållsbehandling på sina. Målet med SIP är att de olika logikerna ska mötas och komplettera varandra för att täcka samtliga områden som kan behövas för att förbättra



vårdinsatserna för klienten, i detta fall medicinsk och psykosocial behandling. I en samverkanssituation är det viktigt att varje organisation bidrar med sina logiker och sin kompetens för att fylla varje område som den enskilda personen kan behöva hjälp med (Linde, 2013). I intervjuerna påpekas det vid flertalet tillfällen att våra respondenter ser positivt till det tvingande samarbetet som SIP utgör.

Nej jag tycker faktiskt att det är bra då man tvingas att träffas och diskutera saker och få förståelse för varandras verksamheter (...) (Socialsekreterare).

Att våra respondenter anser att samarbetet blivit bättre när SIP tillskrevs i lagstiftningen kan vi tydligt utläsa från intervjuerna. Den har bidragit till att kommunikationen mellan organisationerna har ökat och de som arbetar har fått mer förståelse för varandras verksamheter och de logiker och arbetssätt som härskar där. De institutionella logiker som Linde (2013) beskriver kan sedan SIP tillkommit lättare mötas och komplettera varandra då kunskapen och samarbetet ökat.

Linde (2013) lyfter begreppet institutionellt entreprenörskap och vi kan utifrån tolkningen av begreppet se att de två organisationerna är entreprenörer som med sina respektive resurser ska binda samman funktionerna för att skapa ett nät kring klienten där de båda ska bidra med sin del till insatserna. I samarbetet kan nya institutioner få möjligheten att växa fram då organisatoriska aktörer med resurser möts och ser möjligheter att realisera det som anses vara viktigt. Dessa möjligheter kan genom mötet mellan socialtjänstens vuxenenhet och mottagningarna för underhållsbehandling möjliggöras då de genom ett gott samarbete kan finna en samsyn i det som de anser vara viktigt för den specifika klienten. Entreprenörerna skapar nya meningssystem som hos disparata organisationer binder samman funktionerna (Linde, 2013). Nya meningssystem och sammanbindningar av funktioner kan vi utifrån våra respondenter se vara ett resultat av det goda samarbetet som kommit till följd av SIP för de organisationer som vi undersökt. Som ovan nämnt är samtliga av våra respondenter positiva till SIP som medför att respektive organisations resurser och yrkeskompetens ska kunna mötas och komplettera varandra vilket är målet för just detta verktyg.

(...) jättebra att det finns med i lagstiftningen att vi ska samarbeta för ofta är det ju så att det är väldigt svårt att ha denna kontakten mellan, (...) bra att veta om att man

måste gå på detta för klientens bästa, så det tycker jag är jättebra (...)  
(Socialsekreterare).

Att SIP är stadgat i lag är enligt våra respondenter bra, samarbetet blir ett krav vilket gynnar klienterna. En av socialsekreterarna uppger att man genom lag nu blir tvingad till att träffas och diskutera saker och att man genom detta får mer förståelse för varandras verksamheter vilket i sin tur leder till att samarbetet kan utvecklas och upprätthållas. Eliasson (2010) lyfter fram argumentet att om ett samarbete ska kunna upprättas krävs det att aktörerna tar ansvar, delar med sig av sin professionella kompetens och sätter av tid till att samarbeta med den andra organisationen. Att det sedan 2010 finns krav på att en SIP ska upprättas när socialtjänsten och mottagningarna för underhållsbehandling arbetar kring en gemensam klient möjliggör chanserna för ett gott samarbete.

Samtliga respondenter är till viss del nöjda med samarbetet de har till den motsvarande organisationen, men de påpekar att det finns förbättringsmöjligheter till ett bättre samarbete och menar att det finns komplexiteter i dagens samarbete.

### 6.3.2 Mindre välfungerande samarbete

#### **Uteslutning**

Ett ständigt återkommande ämne som lyfts under intervjuerna är frågan kring kriterier för uteslutning av patienter från underhållsbehandlingen. Den aktuella frågan innefattar sidomissbrukande patienter som får behålla sin plats i programmet trots detta sidomissbruk. Bilden av hur personalen på mottagningarna för underhållsbehandling ska gå tillväga med detta bekymmer skiljer sig drastiskt mellan socialsekreterarna och kuratorerna. Kuratorerna menar till stor del att det är en livsfara att skriva ut patienten då risken för överdoser ökar drastiskt, “(...) vi friar hellre än faller (...)” är det en av kuratorerna som påpekar. Forskning har visat på att det finns en ökad risk för patienter som blivit utskrivna från behandlingen att dö av orsaker som exempelvis dödliga injektioner (Fugelstad et al. 2007). Kuratorerna uppger att det är ovanligt att patienter blir utskrivna på grund av ett sidomissbruk, vanligast är att de blir utskrivna på grund av att de uteblir från behandlingen i mer än sju dagar. Men samtliga kuratorer uppger att det överlag är få patienter som blir utskrivna från behandlingen.

Två av socialsekreterarna hade däremot en annan bild av hur man bör agera när en klient har ett sidomissbruk.

(...) för som det är nu så vågar man inte skriva ut folk för att man vet att det kan leda till döden, man håller kvar dem väldigt länge trots att de sidomissbrukar, det tycker jag det är min personliga åsikt. (Socialsekreterare)

Socialsekreterarna menar att personalen på mottagningarna för underhållsbehandling måste ha ett strängare ställningstagande till om patienten ska få fortsätta sin behandling vid ett eventuellt sidomissbruk och inte låta det fortgå för att sedan begära få beviljat insatser från socialtjänstens vuxenenhet. Vi kan utifrån intervjuerna med socialsekreterarna uppleva något som liknas vid bristande förtroende och tillit till personalen på mottagningarna för underhållsbehandling, då socialsekreterarna anser att personalens ställningstagande inte är tillräckligt starkt till om det finns mening att klienten går kvar i programmet. En socialsekreterare påpekar att det kanske hade varit bäst att ha kriterier som syftar till att antingen får man ha ett sidomissbruk och fortsätta sin behandling eller så blir man utskriven från programmet. Att man måste välja sida och inte ha det mellanläge som existerar idag. Ifrågasättandet från socialsekreterarnas sida kan tydligt kopplas till det som Eliasson (2010) tar upp gällande förtroende och tillit och vilken betydelse detta har för samarbetet. Eliasson (2010) utgår från de institutionella logikerna när hon påpekar att tillit och förtroende underlättar möjligheterna för ett gott samarbete. Kanske är det här konflikten i samarbetet har sin grund, de två organisationerna har inte tillräckligt med tillit och förtroende för den andra, vad den andra organisationen har för arbetssätt och även deras professionella kompetens.

(...) jag menar då kan patienten riskera att dö, alltså det är till sist det som kan hända om vi inte vågar lita på varandra och varandras professionella bedömningar, tänker jag (Kurator)

Litar man inte på den andra yrkesgruppens arbetssätt och professionella kompetens, och i detta fall, litar inte socialsekreterarna på att personalen på mottagningarna för underhållsbehandling fattar rätt beslut om att kvarhålla en person i underhållsbehandlingen? Om så är fallet att förtroendet och tilliten är bristande menar Eliasson (2010) att det kan medföra en konflikt i att upprätta och behålla ett samarbete.

## Okunskap

Eliasson (2010) tar med utgångspunkt i de institutionella logikerna även upp andra förklaringar till varför ett samarbete kan vara begränsat och svårt att få till. Bland annat tar hon upp otydliga ansvarsgränser, otillräckligt med tid för samverkan, bristande kunskaper samt oro för att kostnaderna läggs på den egna organisationen. Otydliga ansvarsgränser och ansvarsfördelning är något som även våra respondenter tar upp under intervjutillfällena som en grund till varför det kan finnas en konflikt mellan de två organisationerna och detta är något som vi kommer behandla senare i analysen. Bristande kunskap är även ett ämne som berörs på ett eller annat sätt under samtliga intervjuer. I en intervju med en socialsekreterare framkommer det att okunskapen kommer från båda organisationerna, att socialsekreterarna inte alltid vet vad mottagningarna för underhållsbehandling kan erbjuda och kuratorna inte vet allt som socialtjänstens vuxenhet kan erbjuda. En annan bild av okunskapen ges framförallt i en intervju med en kurator där hon menar att hon har kunskap om vad socialtjänstens vuxenhet kan bistå med men att socialsekreterarna inte vet vad mottagningarna för underhållsbehandling har för insatser och stöd. Att samarbetet kan bli komplicerat utifrån okunskapen om varandras organisationer kan man även tolka utifrån Deal & Kennedys resonemang i Bolman & Deal (2012) att en organisation har en viss kultur. Där en kultur förklaras som:

ett mönster av delade grundantaganden som en grupp lärt sig när den löst problem rörande integration och anpassning till den yttre omgivningen - ett mönster som fungerat tillräckligt bra för att betraktas som giltig och därmed värt att lära ut till nya medlemmar som det rätta sättet att uppfatta, tänka och känna inför dessa problem (Bolman & Deal, 2012:320).

Det kan handla om att medlemmen är inrutad i det som är rätt för sin organisation och hur kulturen i denna organisation är uppbyggd och rättar sig efter detta. Okunskapen kan vara grundad i att medlemmen för organisationen är medveten och trygg i den egna organisationskulturen och "det sätt vi gör saker på här" (Bolman & Deal, 2012:320).

Eliasson (2010) tar upp helhetsperspektivet av klienten och att detta kan uppnås om samverkande organisationer har kunskap om varandras organisationer och arbetssätt. I en intervju är det en socialsekreterare som påpekar vikten av att ha en helhetsbild av klienten, har man inte en helhetsbild så kan man missa viktiga delar av klienten och heller inte kunna stötta

på bästa sätt. De skilda organisationskulturerna ska i de bästa av världar inte bidra till ett bristande samarbete utan till en helhetsbild av klienten och dess behov (Eliasson, 2010).

I majoriteten av intervjuerna kan vi se det som även Eliasson (2010) tar upp gällande att ett mindre bra samarbete kan leda till att klienten faller mellan stolarna. Eliasson (2010) och även respondenterna menar att båda organisationerna måste ta sitt ansvar och vara delaktiga för att inte klienten ska drabbas. Men hur kommer det sig då att den enskilda organisationen kanske inte tar på sig det ansvar som krävs för att klienten ska få den hjälp som den har rätt till? Som tidigare nämnt kan man se att okunskapen har en stor del i detta, man vet inte vad den andra organisationen har för möjligheter och det kan uppstå gråzoner, som en av respondenterna benämner det, som inte är ett självklart ansvarsområde för någon utav organisationerna. Man kan även tolka det utifrån det symboliska perspektivet som beskriver begreppet ritualer som ger organisationen struktur och mening och där medlemmarna kan ta till sig organisationens värderingar och traditoner (Bolman & Deal, 2012). När det kommer till att två organisationer ska samarbeta med varandra kan det uppstå konflikter då medlemmarna som möts inte har kunskap om varandras ritualer. Dessa ritualer skapar enligt Bolman & Deal (2012) en trygghet för medlemmarna i mötet med utomstående organisationer, de skapar en grund att stå på som är trygg och som många medlemmar inte vill lämna. Vid en intervju med en socialsekreterare påpekar hon att man vill skydda sin organisation, detta kan man utifrån det symboliska perspektivet se som att socialsekreteraren finner trygghet i det som organisationen tillhandahåller med och inte vill lämna denna trygghetszon av rädsla för att skada organisationen på ett eller annat sätt. "(...) man skyddar sin egen verksamhet (...)" (Socialsekreterare). Inom det symboliska perspektivet och med grund i begreppet ritualer finner medlemmarna en central punkt att stå på och följer de värderingar som härskar inom sin organisation (Bolman & Deal, 2012). Att en del områden i samarbetet kring klienten inte togs ansvar för kan vi se utifrån de symboler och värderingar som medlemmarna följer inom sin respektive organisation och viljan att följa de organisationsuppsatta målen vilket i sin tur styr och påverkar hur samverkan kring klienten tar sig uttryck.

### **Lagstiftning och mål**

Johansson (2013) skriver om konflikter i samarbetet mellan organisationer och hur detta kan förklaras utifrån institutionell organisationsteori. Intern-organisatorisk samverkan har kommit att innebära en lösning på välfärdsproblem på grund av organisatorisk fragmentering och professionell specialisering (Johansson, 2013). Den intern-organisatoriska samverkan ska leda

till förbättring för människan vilket är målet med samarbetet mellan socialtjänstens vuxenenhet och mottagningarna för underhållsbehandling. Det är två organisationer med olika yrkesprofessioner som ska mötas och förbättra klientens välmående. Men som lyfts upp ovan är inte idén om ett välfungerande samarbete för att skapa bättre förutsättningar för individen alltid enkelt. Johansson (2013) menar att det finns ett dilemma i samarbetet då aktörerna inom de olika organisationerna har förväntningar på sig att å ena sidan utbyta perspektiv, överskrida gränser, samordna insatser, nå en samsyn och arbeta mot ett gemensamt mål och samtidigt förväntas upprätthålla regelverk, gränser och sina professionella uppdrag, perspektiv och roller. Johansson (2013) beskriver det som vi i vår studie kan urskilja är ett medföljande dilemma för att få till ett välfungerande samarbete då hon menar att grunden till samverkansproblematiken ligger i de skilda rättsliga uppdragen samt regelverken. Samtliga respondenter tycker att lagstiftningen medför svårigheter till samarbetet bland annat genom att lagarna styr den enskilda organisationen i en riktning som inte alltid följer samma struktur som den andra organisationens lagstiftning

(...) man jobbar på olika sätt, har olika förväntningar, det blir en krock mellan lagstiftningarna på något sätt (Socialsekreterare).

Vi kan även, som tidigare nämnt, se att våra respondenter anser att de är styrda av organisationens regelverk och värderingar i mötet med den andra organisationen, och att representanten för organisationen vill skydda sin egen verksamhet. Det kan i detta skede uppstå ett dilemma då representanten både förväntas överskrida och vara flexibel med organisationens gränser, finna en samsyn som leder de båda organisationerna åt samma mål samtidigt som denne ska bibehålla sin professionella ställning i form av att hålla fast vid uppdrag, regelverk och perspektiv (Johansson, 2013). Här kan det uppstå en konflikt i hur den enskilda representanten ska arbeta för ett gott samarbete som både ska medföra det bästa för klienten och samtidigt leva upp till organisationens förväntningar och riktlinjer. Framförallt en kurator talar om att det handlar mycket om personlig lämplighet för att få till ett gott samarbete.

(...) det krävs en hel del av de yrkesverksamma att få till ett gott samarbete, men det är ingen omöjlighet på något sätt och lite kanske det handlar om personlig lämplighet ibland också, alltså vissa personer är mer lagda åt något samarbetshål och är då flexibla (...) (Kurator)

Området kring hur organisationerna är styrda mot olika mål kan även beskrivas utifrån Bolman & Deals (2012) resonemang kring visioner som medlemmarna är styrda av. Respondenterna menade att de två organisationerna inte alltid har ett gemensamt sätt att se på saker och ting och att vägen fram till respektive mål ser väldigt olika ut. En socialsekreterare upplever att vid SIP möten med personal från mottagningarna för underhållsbehandling så är det inte ovanligt att:

(...) vi pratar om olika saker litegrann när vi ses på de här mötena (...)  
(Socialsekreterare).

De menar att organisationen utöver olika lagstiftningar även har egna uppsatta visioner och mål som medför att stora skillnader finns mellan organisationerna. Visionerna ger en bild av hur organisationens framtid kan komma att se ut och skapar en möjlighet att nå detta framtidsmål (Bolman & Deal, 2012). Liksom ritualer medför även visionerna att medlemmarna inom organisationen blir styrda åt ett visst håll, ett håll som ska medföra att visionen om framtiden ska kunna uppfyllas. Målet om att uppfylla organisationens visioner präglar medlemmens arbete och för detta i en viss riktning (ibid).

## 6.4 Ansvarsfördelning

I detta avsnitt analyseras vår empiri utifrån ansvarsfördelningen mellan de två organisationerna. Med stöd i organisationsteori och tidigare forskning belyses vem som idag ansvarar för vad och hur socialsekreterarna och kuratorerna tycker att ansvarsfördelningen bör se ut då en klient är inskriven i underhållsbehandling.

### 6.4.1 Vem ansvarar för vad?

I intervjuerna framkommer det hur socialsekreterarna och kuratorerna tycker ansvarsfördelningen fungerar idag. Vi kan se att synen på vem som ansvarar för vilka delar rörande klienter som har underhållsbehandling skiljer sig mellan kuratorerna och socialsekreterarna. Inom yrkeskategorierna kan man däremot se likheter i hur man ser på ansvarsfördelningen. Kuratorerna uppger att de framförallt har ansvar för den medicinska

biten och till viss del för det psykosociala stödet. Medan de tycker att socialsekreterarna har ansvar för ett mer omfattande psykosocialt stöd och även insatser som exempelvis institutionsbehandling. Socialsekreterarna däremot anser att deras ansvar ligger i att bistå med hjälp då en klient har ett sidomissbruk och är i behov av någon form av behandling eller om en LVM-anmälan inkommer. De tycker mottagningarna för underhållsbehandlingens ansvar innefattar den medicinska biten men även det psykosociala stödet. En socialsekreterare uppger dock att det kan vara svårt att säga exakt vad socialtjänstens vuxenhet ska göra och vad mottagningarna för underhållsbehandling ska göra:

(...) sedan är det ju alltid svårt, en klient är ju en hel person med många olika behov  
(...) när man arbetar med klienten kan det ibland uppstå gråzoner där det är bra att man arbetar tillsammans. (Socialsekreterare).

Att arbeta med människor menar hon kan påverka både hur ett samarbete fungerar men även hur ansvarsfördelningen idag ser ut eftersom en person kan behöva hjälp med många olika områden exempelvis ekonomi, boende, behandling och psykosocialt stöd.

Enligt utredningen SOU 2011:35a finns det en otydlighet mellan kommun och landsting kring vem det är som ska ansvara för vad. Men kring detta råder det skilda åsikter hos våra respondenter. Två av kuratorerna uppger att de inte tycker att det finns några otydligheter kring ansvarsfördelningen, de menar att de inte kan göra mer för sina patienter än vad de har att erbjuda: "(...) vi har ju bara det vi har" (Kurator). Samtidigt talar en av dessa kuratorer om att det finns en diskussion mellan socialtjänstens vuxenhet och mottagningarna för underhållsbehandling om ansvaret och att det sker ett bollande fram och tillbaka gällande ansvarsområden. Men hon poängterar att det för henne personligen inte finns några otydligheter utan menar att det framförallt är från socialsekreterarnas sida som det kan finnas en okunskap gällande vilka områden mottagningarna för underhållsbehandling kan ansvara för. Övriga respondenter uppgav att de tycker, precis som utredningen SOU 2011:35a, att det finns en otydlighet i vem det är som ska ta ansvar för klienterna som är i behov av mer hjälp än själva medicineringen. Alla är dock överens om att ansvaret för medicineringen ligger på landstinget, mottagningarna för underhållsbehandling. Den otydliga ansvarsfördelningen kan enligt flera av respondenterna leda till att klienterna drabbas negativt på så sätt att de faller mellan stolarna och att vissa insatser idag saknas vilket gör att klienterna inte får den hjälp de behöver. Utredningen SOU 2011:35a och Eliasson (2010) har även de fastställt att en



eventuell otydlighet kring ansvarsfördelningen kan leda till att klienterna drabbas negativt och beskriver konsekvenser likt de respondenterna uppgett.

Otydligheten i ansvarsfördelningen kan enligt SOU 2011:35a uppstå på grund av att regleringen av missbruks- och beroendevården inte är tillräckligt detaljerad, vilket har lett till att kommuner och landsting i Sverige tolkar regleringen och då ansvarsfördelningen olika. Även i intervjuerna kan tydas att den lagstiftning vi har idag inte täcker hela missbruks- och beroendevården och att de föreskrifter och riktlinjer som finns inte heller inbegriper alla områden, vilket även SOU 2011:35a kommit fram till. Respondenterna framför samtidigt att de inte vill att missbruks- och beroendevården ska vara för detaljstyrd då risken kan uppstå att man i mötet med klienten arbetar mer som en dator än som en människa.

Jag tycker det är bra att det inte är en massa kriterier och en massa, att det är förutbestämt så att man slipper jobba som en dator, utan att man själv kan ja utifrån sina egna känslor och erfarenheter och andras beprövade erfarenhet och kunskap och så, arbeta (Socialsekreterare)

Av respondenterna kan utläsas att de tycker det är viktigt att det finns ett handlingsutrymme i arbetet då arbetet handlar om att hjälpa människor som alla är olika och har olika behov.

### **Gråzoner och okunskap**

Ur intervjuerna kan utläsas att det finns delar av vården kring underhållsbehandlingen som inte ansvaras för. Ritualer är något alla organisationer har för att skapa mening och struktur på arbetsplatsen (Bolman & Deal, 2012). Olika organisationer har olika ritualer vilket gör att man har olika arbetsuppgifter beroende på vilken organisation man arbetar i. När ett samarbete ska upprättas är ritualer en viktig del för att veta vem som ska göra vad och hur överlämningarna från den ena organisationen till den andra ska se ut. I detta fall handlar det om vem som ska ansvara för klienten när denne är i behov av ett psykosocialt stöd och när klienten har ett sidomissbruk. Har man klara ritualer för dessa överlämningar kan det i mindre utsträckning komma att uppstå konflikter då risken för att en diskussion uppstår kring vem det är som har ansvar för vad minskar. Klara ritualer kan även göra att gråzoner kan undvikas. Men i intervjuerna framkommer det att gråzoner uppstår i arbetet mellan socialtjänstens

vuxenhet och mottagningarna för underhållsbehandling där man egentligen inte vet vem det är som ska ta ansvar och där man gärna lämnar över ansvaret på den andra organisationen.

Det är väl väldigt mycket ansvarsfördelningen som är svår att se, även om man vet vad man ansvarar för så finns det också gråzoner (Socialsekreterare)

Flera av respondenterna tar upp att det finns gråzoner i form av insatser som klienterna hade behövt, men som det idag inte tas ansvar för. Insatser så som mer samtalsstöd, gruppverksamheter och behandling som omfattar mer än de insatser som mottagningarna för underhållsbehandling kan tillhandahålla med, men som inte är lika omfattande som en institutionsbehandling.

Ritualerna som finns i en organisation hjälper även till att skapa goda relationer som är en viktig del i ett samarbete och för att undvika att gråzoner uppstår. Ritualer som finns i organisationen är en hjälp i samarbetet genom att de säger hur relationerna bör se ut (Bolman & Deal, 2012). Då det handlar om två skilda organisationer som tillsammans har ansvaret för klienterna är det viktigt med ett bra samarbete då de tillhandahåller olika kompetenser och på så sätt har olika sätt att hjälpa klienten på. Det är då viktigt att organisationerna kan komplettera varandra och ha en bra relation så att klienten kan få den hjälp den behöver. Genom det respondenterna uppger kan vi se att respektive organisations ritualer inte alltid kompletterar varandra utan områden missas, som ingen av organisationerna vill ta ansvar för och det uppstår då gråzoner.

Den bristande tydligheten av ansvarsfördelningen uppger både socialsekreterarna och kuratorerna kan bero på att man inte alltid vet vad den andra organisationen har att erbjuda för insatser. Tänket att "det sätt på vilket vi gör saker här" (Bolman & Deal, 2012: 329) kan innebära att man har en klar bild av vad sin organisation ska göra och då vad sin organisation har ansvar för. Organisationerna har olika kulturer och vet själva vad de kan göra och vad de har att erbjuda för insatser, men vet inte alltid vad den andra organisationen kan göra. Ur intervjuerna kan man se att både socialsekreterare och kuratorer tycker att det kan finnas en okunskap hos den andra organisationen för vad den egna organisationen verkligen kan göra och inte göra.

Från LARO-mottagningar och psykiatrin så har jag en erfarenhet av att de är väldigt bra på att anta att man själv ska bevilja en klient en behandling (...) så visst förtydligande krävs (Socialsekreterare)

Eftersom det är två organisationer som tillsammans ska arbeta med en klient kan det uppstå problem då de har skapat olika kulturer som ser på, i detta fall, ansvarsfördelningen olika, och då inte har kunskap om vad den andra har för insatser och hur de arbetar.

#### 6.4.2 Vem ska ha vilket ansvar?

Respondenterna svarar i intervjuerna på hur de tycker att ansvarsfördelningen bör se ut för att ett optimalt arbete ska kunna utföras till fördel för klienterna. Svaren skiljer sig åt mellan socialsekreterare och kuratorer men också mellan kuratorerna, medan socialsekreterarna lämnar ganska lika svar. Att man har olika idéer om hur ansvarsfördelningen bör se ut kan bero på det Svensson (2013) skriver att man har en vilja att följa sin organisation och de ritualer som den har. Detta kan vara en förklaring till varför socialsekreterarna som arbetar i samma organisation har en bild av hur ansvarsfördelningen bör se ut och kuratorerna som arbetar på olika mottagningar har andra bilder av hur ansvarsfördelningen bör se ut. Ritualer för samman deltagarna i en organisation och gör att de ser på arbetet och hur det bör vara organiserat på liknande sätt (Bolman & Deal, 2012). Samtidigt skapar rituella mönster ”en stabil dynamik i våra liv” (Bolman & Deal, 2012:311–312) genom att ge oss en fast grund att stå på och samtidigt fungera som en språngbräda (Bolman & Deal, 2012). Detta kan vara en förklaring till varför kuratorernas bilder av hur ansvarsfördelningen bör se ut inte överensstämmer med varandra. De har gemensamma ritualer för hur de ska arbeta men har ändå en möjlighet, då de inte arbetar på samma mottagning, att utnyttja denna språngbräda som ritualerna ger. Varje organisation har sina egna ritualer som styr och gör att personal i olika organisationer arbetar och ser på ett problem på olika sätt även om man arbetar mot ett gemensamt mål, som i detta fall socialtjänstens vuxenhet och mottagningarna för underhållsbehandling gör, att hjälpa människor med ett missbruk till ett bättre liv utan en missbruksproblematik. Ritualer på mottagningarna för underhållsbehandling kan exempelvis vara hur de arbetar med en patient som har ett sidomissbruk och hur man går tillväga för att hjälpa patienten ifrån detta sidomissbruk.

## **Behöver förändring ske?**

En av kuratorerna uppger att hon tycker ansvarsfördelningen i det stora hela fungerar bra och kan inte se att någon del behövde utvecklas. Hon uppger att detta kan bero på att hon inte har några problem med varken samarbete eller otydlig ansvarsfördelning. Övriga respondenter tycker att förbättringar kan ske gällande ansvarsfördelningen i olika stor utsträckning. Det finns hos respondenterna en bild av hur framtiden kan komma att se ut, en vision för hur ansvarsfördelningen och samarbetet kan utvecklas (Bolman & Deal, 2012).

Fyra av respondenterna, tre socialsekreterare och en kurator, tog upp att ett enat huvudmannaskap hade kunnat förenkla ansvarsfrågan och förbättra samarbetet och på så sätt hade arbetet med klienterna blivit bättre. Även utredningen SOU 2011:35a skriver om ett enat huvudmannaskap som en lösning på problemet med den otydliga ansvarsfördelningen, och menar då att allt ansvar för hela missbruks- och beroendevården skulle ligga på en huvudman. Respondenterna pratar däremot om att det enade huvudmannaskapet skulle handla om att en huvudman ska ha allt ansvar för patienter med underhållsbehandling. En socialsekreterare uppger att huvudmannaskapet kan ligga antingen på sjukvården eller på socialtjänsten medan övriga tre tycker att ansvaret i så fall ska ligga på sjukvården. Anledningar till att ett enat huvudmannaskap skulle förbättra arbetet uppger respondenterna är att det är svårt när två olika verksamheter med olika budget och olika mål tillsammans ska ansvara för missbruks- och beroendevården, att ansvaret då inte kan skjutas över till den andra organisationen och det blir lättare att få ett helhetsperspektiv av klienterna och deras behov. Eliasson (2010) menar att det kan vara svårt för två skilda organisationer att samarbeta och få ett helhetsperspektiv eftersom man ofta arbetar parallellt. Helhetsperspektivet är något som inbegriper att man tittar på en persons hela livssituation och att man arbetar med fokus att hela personens liv ska fungera (Eliasson, 2010). I intervjuerna framkommer det att SIP används mer och mer. Genom att använda sig av SIP arbetar organisationerna mer tillsammans, men utifrån respondenterna finns det fortfarande många delar som visar på att organisationerna arbetar parallellt.

(...) ofta har de ju ingen aning om hur vi jobbar och vad vi kan bevilja och hur det ser ut och likaså med oss, vi vet ju inte allt dom har heller (Socialsekreterare)

För att få ett helhetsperspektiv krävs att organisationerna har kunskap om varandras kompetens och förståelse för varandras arbete (Eliasson, 2010). En respondent framför att det

kan vara svårt att få ett helhetsperspektiv när man är två olika organisationer som tillsammans har ansvaret för en klient och menar att ett enat huvudmannaskap hade gjort att ett helhetsperspektiv lättare hade kunnat nås. Genom att ha ett enat huvudmannaskap hade man även kunnat undvika att två organisationer har sina respektive ritualer som inte kompletterar varandra i den grad som socialsekreterarna och kuratorerna önskar.

Alla fyra respondenter uppger att om det skulle bli ett enat huvudmannaskap skulle ansvaret kunna flyttas till sjukvården. Alla insatser kring patienten skulle då ligga under ansvar för sjukvården förutom insatser i form av boende och sysselsättning som skulle ligga kvar hos socialtjänsten. Anledning till att sjukvården skulle få ansvaret är enligt respondenterna att de har mer kunskap om underhållsbehandling, det är de som har rätten att besluta när patienterna ska skrivas in och ut och det är de som har det medicinska ansvaret idag. Alla tre socialsekreterare har en vision om att ett enat huvudmannaskap skulle kunna vara lösningen på ansvarsfrågan. Har man en gemensam vision i en organisation tillför det en beslutsamhet och en anda till organisationen (Bolman & Deal, 2012) som kan hjälpa organisationen att arbeta framåt och utvecklas.

Två av respondenterna, en från varje organisation, som kunde se ett enat huvudmannaskap kunde även se en annan lösning som hade förbättrat den otydliga ansvarsfördelningen och det bristande samarbetet. Genom att man arbetar på det samarbete som finns och hela tiden följer upp vad som sker i den andra organisationen och utbyter erfarenheter menar de hade kunnat bidra till att ansvarsfördelningen blivit tydligare men även att samarbetet blivit bättre. De menar att socialsekreterarna och kuratorerna måste vara villiga att ha en välfungerande kontakt och att de måste ta ett ansvar för att få till ett bra samarbete. Det som skiljer de två respondenter åt är deras syn på om det ska finnas mer lagkrav på samarbetet, där den ena menar att hon inte tror att lagkrav är en lösning.

(...) jag har svårt att se hur det skulle hjälpa till mer. För vägen till att hitta samarbete är ju inte genom att tvinga någon för att det står i lagtext (...) lite lyhördhet för varandra är nog mycket bättre i så fall (Kurator).

Den andra menar att det är bra att organisationerna genom lag bli tvingade till ett samarbete då detta faktiskt medför att ett samarbete upprättas. Även utredningen SOU 2011:35a har som

förslag för att förtydliga ansvarsfördelningen och stärka samarbetet att tydliggöra i lag hur samarbetet och ansvarsfördelningen ska se ut. Lagen ska uppdateras för att personalen i de olika verksamheterna ska veta vem det är som ska ansvara för vad vilket även kan bidra till ett bättre samarbete (SOU 2011:35a).

Den sjätte respondenten uppger att det funnits en idé om hur ansvaret skulle se ut mellan socialtjänstens vuxenenhet och mottagningarna för underhållsbehandling som idag inte följs. Hon menar att underhållsbehandlingen enbart är en liten del av den behandling som patienten behöver och socialtjänstens vuxenenhet ska stå för det psykosociala stödet och behandlingen som patienten behöver utöver medicineringen. Hon vill att idén som man hade gällande ansvarsfördelning och samarbete ska vara det som gäller och hon tycker även att en förbättring kan ske genom att uppdatera socialtjänstens rutiner då hon anser att de idag gör arbetet trögt. Trögheten uppger hon, beror inte på den enskilda handläggaren utan på hur organisationen ser ut och genom att förändra dessa rutiner kan ansvarsfördelningen och samarbetet förbättras.

### **Oenighet kring ansvarsfrågan**

Vad man kan urskilja ur framförallt en intervju med en kurator är att hon tycker socialtjänstens vuxenenhet tar för lite ansvar när en patient har underhållsbehandling.

Vi får ta hand om väldigt mycket eftersom socialtjänsten försvinner (Kurator).

Hon menar att mottagningarna för underhållsbehandling inte kan ta ansvar för mer än medicineringen och en liten del av det psykosociala stödet eftersom de är ett sjukhus. Hon uppger att hon fått frågan från en socialsekreterare om inte mottagningarna för underhållsbehandling har några lägenheter till sina patienter vilket hon menar med utgångspunkt i att mottagningarna för underhållsbehandling ses som ett sjukhus är en konstig fråga.

Men har ni tagit in honom i er behandling så får ni ta ansvar för det (citerar personal från socialtjänsten). Men vi har bara medicinsk behandling vi har inga boende, inga lägenheter, inga behandlingshem, vi har en medicin och för en missbrukare är ju inte det tillräckligt (Kurator)

Även övriga kuratorer tycker att socialtjänstens vuxenhet borde vara de som tar det största ansvaret när en patient är i behov av psykosocialt stöd eftersom mottagningarna för underhållsbehandling har begränsade resurser. Socialsekreterarnas syn skiljer sig från kuratorernas då de tycker att det är mottagningarna för underhållsbehandling som borde ta ett större ansvar gällande det psykosociala stödet. En socialsekreterare uppger att sjukvården har mer resurser än vad socialtjänsten har, exempelvis tillgång till psykolog, vilket borde innebära att mottagningarna för underhållsbehandling kan ta ett större ansvar. I utredningen SOU 2011:35b har man kommit fram till att det framförallt finns en otydlig ansvarsfördelning mellan socialtjänstens vuxenhet och mottagningarna för underhållsbehandling när det handlar om att en klient behöver ett psykosocialt stöd. Denna problematik kan även urskiljas ur samtliga intervjuerna i olika stor utsträckning.

Det är för att få en hel och obruten vårdkedja viktigt att organisationernas olika ansvarsområden och kompetens kompletterar varandra. Har man inte en hel vårdkedja kan klienten påverkas genom att viktiga insatser missas (Eliasson, 2010). I intervjuerna framkommer det att otydligheter finns och att klienter av denna otydlighet kan drabbas negativt. En konflikt uppstår när ingen vill ta ansvar.

Sjukvården vill ju ta så lite ansvar som de kan, och vi kanske också så lite vi kan när det gäller underhållsbehandling. (Socialsekreterare)

Organisationerna har sina ritualer, värderingar och visioner som ger dem en specifik organisationskultur och som gör organisationen unik (Bolman & Deal, 2012). De två organisationerna, socialtjänstens vuxenhet och mottagningarna för underhållsbehandling, har olika kulturer och utifrån intervjuerna kompletterar inte dessa varandra i den utsträckning som Eliasson (2010) menar är viktigt för att få en bra vårdkedja för klienten. I ett samarbete tar organisationerna ansvar för olika delar av vården för att täcka upp hela vårdkedjan. Organisationerna har skilda ansvarsområden vilka utgör institutionella logiker som påverkar då organisationen gör anspråk för samverkan (Eliasson, 2010). Varje organisation har sina egna institutionella logiker men måste samtidigt relatera till sin omgivning då det runt organisationen finns andra organisationer att förhålla sig till. Framförallt är det viktigt att en organisation kan relatera till omgivningen när det handlar om ett delat ansvar som det gör mellan socialtjänstens vuxenhet och mottagningarna för underhållsbehandling. Att förhålla sig till sin omgivning, och då andra organisationer, är inte alltid lätt utan det kan uppstå en

osäkerhet i situationer där man inte vet vilken logik det är som gäller (ibid). Ur fem av sex intervjuer kan tydas att det finns en otydlighet i vem som ska ansvara för vad, vilket kan förklaras av att organisationerna har sina logiker de följer och inte alltid kan relatera till sin omgivning och till den andra organisationen. Det framgick framförallt utav en intervju att ansvarsfördelningen inte är otydlig och att samarbetet inte behöver förändras utan är bra som det är. Medan övriga respondenter menar att förändringar behöver ske i olika stor utsträckning, det finns alltså förutom en konfliktfylld bild om vem som ska ta ansvaret för vad, en oenighet om något behöver förändras och i så fall vad.

## **Kap 7 Slutdiskussion**

Syftet med denna studie var att undersöka hur personal från en socialtjänsts vuxenhet samt från mottagningar för underhållsbehandling tolkar ansvarsfördelningen och samarbetet kring sina gemensamma klienter.

När vi läste in oss på ämnet såg vi att föreställningen om orsaker till missbruk ansågs variera beroende på om man arbetar under hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Då ämnet var återkommande ansåg vi att detta var intressant att lyfta i vår studie för att se om det fanns någon skillnad mellan kuratorernas och socialsekreterarnas syn. Men under studien har vi kunnat se att synen på orsaker till missbruk inte skiljer sig i så stor utsträckning som bland annat Johnson (2005) menar. Respondenterna tar upp såväl miljöfaktorer som biologiska faktorer och det vi kan se är att det gemensamma synsättet sammanfattningsvis följer en mer socialpolitisk inriktning. Med utgångspunkt i vad respondenterna uppgett kan vi se att de lika uppfattningarna om orsaker till missbruk ger möjlighet till att stärka samarbetet organisationerna emellan. Däremot kan vi se att synen på hur personalen på mottagningarna för underhållsbehandling ska agera vid ett eventuellt sidomissbruk skiljer sig mellan de två yrkesgrupperna. Resultatet visar att socialsekreterarna har uppfattningen om att mottagningarna för underhållsbehandling har för slappa kriterier vid ett sidomissbruk medan kuratorerna menar att för hårda kriterier kan innebära uteslutning och kan få dödlig utgång. De skilda uppfattningarna kan i sin tur leda till svårigheter att upprätta ett bra samarbete.



Vi kan i denna studie se att synen på samarbetet mellan de två organisationerna till viss del är fungerande, men även att det finns områden där det finns förbättringsmöjligheter. I analysen kan vi se att våra respondenter anser att SIP är ett bra verktyg som möjliggör att ett välfungerande samarbetet upprättas. Det lagstadgade verktyget, menar våra respondenter, möjliggör samarbetet då de två organisationerna blir tvingade till att träffas och samarbeta med varandra. Några områden som har förbättringsmöjligheter är bland annat den okunskap och den bristande tilliten som finns till den andra organisationen och som vi kan se påverkar samarbetet. I studien har vi kommit fram till att om de två organisationerna får mer kunskap om varandra och vågar lita på varandras arbetssätt och yrkesprofessionalitet så har samarbetet till stor del möjlighet att förbättras. Vi kan se att samtliga respondenter återkommande lyfter upp klientens bästa och att klienten ligger i fokus i deras dagliga arbete och att detta är en drivkraft för att förbättra samarbetet och även ansvarsfördelningen mellan de två organisationerna.

Till skillnad från de liknande åsikterna kring samarbetet kan vi se att de skiftar något kring ansvarsfördelningen. Åsikter som lyfts upp är bland annat att ansvarsfördelningen är tydlig och att det inte finns några större tveksamheter kring vilken organisation som ska ansvara för vad. Andra menar att det finns vissa otydligheter kring ansvarsfördelningen och att man inte alltid vet vilken organisation som ska ansvara för vad i arbetet kring en gemensam klient. I likhet med det som framkommit i utredningen SOU 2011:35a kan vi se att det finns en otydlighet i ansvarsfördelningen som måste tydliggöras för att förbättra arbetet kring klienten. Åsikterna om hur ansvarsfördelningen bör se ut skiljer sig även de mellan våra respondenter, där en del menar att ansvaret helt bör flyttas över till sjukvården och andra menar att det endast krävs mer tydlighet och struktur. Vi, i likhet med flera av respondenterna, anser att ansvaret för klienter inskrivna på underhållsbehandling helt bör ligga på mottagningarna för underhållsbehandling då det kan bidra till ett bättre helhetsperspektiv av klienten och att detta skulle vara till fördel för denne. Att det endast är en huvudman som ansvarar för klienten medför att otydligheter kan undvikas och att klienten kan få de insatser och den hjälp som de behöver i rätt tid och omfattning.

Efter att vi nu har fått en bild av hur socialsekreterarna på socialtjänstens vuxenenhet och kuratorerna på mottagningarna för underhållsbehandling ser på samarbetet och ansvarsfördelningen hade det varit intressant att undersöka hur klienterna upplever detta. Flera av våra respondenter påpekar att klienterna kan missgynnas av ett mindre välfungerande

samarbete och en otydlig ansvarsfördelning. Att genomföra en undersökning där klienterna får möjlighet att svara på om de anser att de påverkas av hur samarbetet och ansvarsfördelningen ser ut mellan organisationerna och om denna bild stämmer överens med det som våra respondenter uppgett.

# Referenslista

Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2011) ”Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen”. I Göran Ahrne & Peter Svensson (red) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

Aspers, Patrik (2011) *Etnografiska metoder*. Malmö: Liber AB

Bolman, Lee G & Deal, Terrence E (2012) *Nya perspektiv på organisation och ledarska*. Lund: Studentlitteratur.

Bruce, R. Douglas (2009) Methadone as HIV prevention: High Volume Methadone Sites to decrease HIV incidence rates in resource limited settings. *International Journal of Drug Policy* 21 (2010) 122–124

Bryman, Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB

Eliasson, Benitha (2010) *Konsten med samverkan. Från idéer till praktik*. Universitetsstryckeriet: Luleå

Eriksson- Zetterquist, Ulla & Ahrne, Göran (2011) ”Intervjuer”. I Göran Ahrne & Peter Svensson (red) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

Fass (2013) “Läkemedel och hälsa” (elektronisk)  
<<http://www.fass.se/LIF/medicineandhealth?docId=18363#document-top>> (Hämtad 2014-12-05)

Fugelstad, Anna; Stenbacka, Marlene; Leifman, Anders; Nylander, M & Thiblin, Ingmar (2007). Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings. *Addiction*, nr. 102, s. 406–412

Gibson, David R., Flynn, Neil M, McCarthya, Johan J (1999) Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 1999, 13:1807–1818

Johansson, Susanna (2011) *Rätt, makt och institutionell förändring. En kritisk analys av myndigheters samverkan i barnahus*. Lund : Samhällsvetenskapliga fakulteten, Lunds universitet

Johansson, Susanna (2013) "Samverkan som konflikt - om förhållandet mellan rättsligastrukturerade och organisatoriskt handlande". I Stig Linde & Kerstin Svensson (red) *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter. Människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv*. Stockholm: Liber

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

Johnson, Björn (2010) Risker och sidoeffekter med läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende. En forskningsöversikt. *Socialvetenskaplig tidskrift nr 1, 2010*

Linde, Stig (2013) "Konkurrerande logiker - en möjlighet för institutionella entreprenörer?". I Stig Linde & Kerstin Svenssons (red): *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter. Människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv*. Stockholm: Liber

Lindgren, Sven-Åke (1993) *Den hotfulla njutningen. Att etablera drogbruk som samhällsproblem 1890-1970*. Stockholm/Stehag: Symposion Graduale

May, Tim (2011) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur

Petersson, Frida (2013) *Kontroll av beroende. Substitutionsbehandlingens logik, praktik och semantik*. Malmö: Égalité

Psykiatri Skåne (2013) "LARO/Metadonmottagning" (elektronisk)

<<https://www.skane.se/sv/Webbplatser/Psykiatri->

Skane/Vuxenpsykiatri/Lund/Mottagningar/Metadonmottagning/> (Hämtad 2014-11-20)

Socialstyrelsen (2014) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014. Stöd för styrning och ledning. Preliminär version*. Stockholm: Socialstyrelsen

SFS 1992:567 *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2001:453 *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet

SOSFS 2009:27. *Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende*. Stockholm: Socialstyrelsen

SOU 2011:35a. Missbruksutredningens analys. *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individen, kunskapen och ansvaret*. Stockholm: Fritzes

SOU 2011:35b Missbruksutredningens förslag *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individen, kunskapen och ansvaret*. Stockholm: Fritzes

Svensson, Kerstin (2013) "Varför fungerar det? Om betydelsen av förväntningar, institutioner och aktörer". I Stig Linde & Kerstin Svenssons (red): *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter. Människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv*. Stockholm: Liber

Vetenskapsrådet (2002). "Forskningsetiska principer inom humanistisk - samhällsvetenskaplig forskning". (elektronisk) <<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>> (Hämtad 2014-12-01)

1177 Vårdguiden (2014) "Samordnad individuell plan" (elektronisk) <<http://www.1177.se/Stockholm/Regler-och-rattigheter/Individuell-plan/>> (Hämtad 2014-12-18)

# Bilaga 1

## Introduktionsbrev

Hej!

Vi heter Sofie Christensen och Josefine Hentzel och läser sjätte terminen på socionomprogrammet på Socialhögskolan i Lund. Vi håller just nu på med att skriva vår kandidatuppsats och har valt att skriva om ansvarsfördelningen mellan mottagningar för underhållsbehandling och socialtjänsten. Syftet är att undersöka hur personalen inom dessa organisationer tolkar ansvarsfördelningen och samarbetet kring gemensamma klienter. Vi undrar därför om vi skulle kunna få möjlighet att komma ut till Er organisation och intervjua tre personer ur personalen. Intervjuerna kommer vara i ca 45-60 minuter per intervju och vi kommer båda närvara vid intervjutillfället. Vår avsikt är att intervjua tre personer ur personalen på både mottagningen för underhållsbehandling och socialtjänsten, missbruksenheten. Vi vill även poängtera att organisationen samt intervjupersonerna kommer att vara anonyma i studien.

Sofie Christensen: 0737-74 62 82, sofie.christensen.501@student.lu.se

Josefine Hentzel: 0723-65 79 33, josefine.hentzel.299@student.lu.se

Tack på förhand,

Med Vänliga Hälsningar

Sofie Christensen och Josefine Hentzel

# Bilaga 2

## Intervjuguide

Börja med att informera om

- Informationskravet
- Nyttjandekravet
- Konfidentialitetskravet
- Samtyckeskravet

## Personuppgifter

- Ålder, kön, år som socionom, år på nuvarande arbetsplats, nuvarande arbetsuppgifter

## Synen på missbruket

- Vad tror ni orsaken till att människor missbrukar narkotika? (hur ser man på missbruket utifrån de ideologiska motsättningarna som funnits genom tiderna?)

## Bakgrund till organisationen

- Hur länge har organisationen funnits?
- Vad har organisationen för funktion i samhället?
- Hur många klienter har ni inskrivna i programmet/hur många klienter har socialtjänsten som är inskrivna på underhållsbehandling?
- Vilka krav måste uppfyllas för att klienterna ska få påbörja en underhållsbehandling?
- Vilka krav ställs på klienter som är inskrivna i underhållsbehandlingen? regler som måste följas för att få behålla sin plats i programmet?

## Socialtjänstens roll

- Hur många av klienterna inskrivna i behandling har kontakt med socialtjänsten? i vilken utsträckning?
- Vilken typ av kontakt har klienterna med socialtjänsten? stöd, behandling, annan hjälp?
- Vilka uppgifter har socialtjänsten när deras klient är inskriven på underhållsbehandling?
- Hur mycket kontakt har klienten med socialtjänsten?
- Kan motstånd till behandlingsformen upplevas från socialtjänstens sida? / vad tycker socialtjänsten om behandlingsformen?

## Underhållsbehandlingsroll

- Inskrivningsprocess, hur ser processen ut?
- Personalens uppgifter för inskrivna klienter på underhållsbehandlingen mer än att bistå med läkemedlet? olika former av stöd?
- Hur ser personalens kontakt med socialtjänsten ut?

## Samarbete mellan underhållsbehandling och socialtjänsten

- Har ni riktlinjer som ni ska följa gällande samarbete och ansvarsfördelning mellan er organisation och underhållsbehandlingen/socialtjänsten?
- Följs dessa riktlinjer? om inte, varför? hur skulle man kunna möjliggöra att dessa följs?
- Hur länge har ni haft krav på ett samarbete med socialtjänsten/underhållsbehandlingen kring gemensamma klienter?
- Vilken av organisationerna är det som oftast tar den första kontakten med den andra organisationen? vilka orsaker kan finnas till att kontakten etableras?
- Hur tror ni klienterna påverkas av ett bra samarbete/mindre bra samarbete?
- Hur tror ni att arbetet kring klienten hade sett ut om ni inte haft ett samarbete med socialtjänsten/ Hade klienterna påverkats negativt/positivt om det inte funnits något samarbete mellan socialtjänsten och underhållsbehandlingen?
- Har ni alltid ett samarbete med socialtjänsten/underhållsbehandlingen när en klient går på programmet?
- Vad fungerar bra och vad fungerar mindre bra gällande samarbetet?
- Är det något ni vill förändra med samarbetet som det ser ut idag? i så fall vad? och varför?

## Ansvarsfördelning

- Hur ser ansvarsfördelningen ut gällande gemensamma klienter mellan socialtjänsten och underhållsbehandlingen? ansvarar ni för olika områden?
- Vem har ansvar för att bistå klienten med stöd och hjälp vid ett eventuellt sidomissbruk? Vilken typ av hjälp erbjuds?
- Finns det några otydligheter kring ansvarsfördelningen? vilka följder kan detta få? kan det drabba klienten?
- Vet man vad den andra organisationen har ansvar för?
- Upprättas vårdplan? vem har ansvar för att samordna de olika yrkesgrupperna för att upprätta/följa upp vårdplanen?



- Använder ni er av SIP? vem ansvarar för att denna upprättas?
- Hur anser ni att ansvarsfördelningen och samarbetet bör se ut? vad hade varit det bästa för klienten?

## Lagar

- Hur nära arbetar ni med lagarna? hur närvarande är de i ert dagliga arbete?
- Upplever ni att de tolkningsbara ramlagarna ger er möjlighet till ett stort handlingsutrymme?
- Påverkar tolkningen utav ramlagarna ert samarbete med socialtjänsten/underhållsbehandlingen?
- Kan ni uppleva någon konflikt till hur den andra organisationen tolkar lagarna kring samarbetet/ansvarsfördelningen?
- Lagarna leder organisationen mot olika mål, kan detta medföra att det uppstår svårigheter i samarbetet då organisationerna vill uppnå olika mål?

## Övrigt

- Något annat viktigt som ni vill dela med er av?