

Vårdkedjeprojektet

Tre utvärderingsperspektiv

Johannes Fäldt
Jessica Storbjörk
Jessica Palm
Lars Oscarsson
Kerstin Stenius

Författarpresentationer

Johannes Fäldt, socionom, doktorand i socialt arbete vid Örebro universitet. Han har bland annat arbetat i ett forskningsprojekt kring genusskapande processer i socialt arbete. Avhandlingen fokuserar på hur socionomers och socionomstudenters kön, i relation till deras genusattributioner, påverkar bedömningar av manliga och kvinnliga klienters problembilder och hjälpbehov.

Jessica Palm är fil dr. Hon disputerade 2006 i kriminologi med avhandlingen (2006) *Moral concerns – Treatment staff and user perspectives on alcohol- and drug problems*. Hennes forskningsintresse rör sig om behandlingsforskning och konstruktioner av alkohol- och narkotikaproblem. Palm har på SiS uppdrag gjort en utvärdering av slutna ungdomsvård ur ungdomars perspektiv (Forskningsrapport nr 2 2003, SiS).

Jessica Storbjörk är sociolog. Hon försvarade år 2006 sin doktorsavhandling *The social ecology of alcohol and drug treatment: Client experiences in context*. Storbjörk har sedan år 2000 forskat om frivillig och påtvingad missbrukarvård och marginaliserade grupper.

Palm och Storbjörk är verksamma vid SoRAD, Centrum för socialvetenskaplig Alkohol- och drogforskning vid Stockholms universitet. De har av SiS beviljats medel för år 2008 för projektet *Hur, när och för vem används tvångsvård?*

Kerstin Stenius, fil dr i socialt arbete, gästprofessor SoRAD, samt chefredaktör för Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift, Helsingfors, Finland. Stenius har forskat bl a om missbrukarvårdens historia, socialpolitiska perspektiv på behandlingssystem, om AA och missbrukarvården.

Lars Oscarsson är professor i socialt arbete vid Örebro universitet. Han forskar bl a kring missbruk och behandling av missbrukare ur främst ett teoretiskt, organisatoriskt och innehållsmässigt perspektiv. Ett annat forskningsområde är implementering och utvärdering av sociala interventioner ur ett metodologiskt och metodutvecklingsperspektiv.

Beställes genom SiS hemsida: www.stat-inst.se
Forskningsrapport 2 2007
ISSN 1403-1558

Tryck: Edita Stockholm 2007

Förord

På uppdrag av Socialdepartementet har SiS sedan april 2004 genomfört det så kallade Vårdkedjeprojektet (VKP), vars syfte var att förbättra vården av vuxna missbrukare som vårdas enligt LVM och att förbättra samarbetet mellan kommuner och SiS institutioner. Denna rapport är resultatet av den utvärdering som genomförts på SiS uppdrag av Stockholms universitet i samarbete med Örebro universitet. Projektet har letts av docent Kerstin Stenius vid SoRAD medan professor Lars Oscarsson vid Örebro universitet har lett programutvärderingen.

Rapporten består av tre fristående delar. Den första delen är en programutvärdering, vars syfte är att besvara frågor kring införande och tillämpning av en viss organisation och vissa metoder. Den har genomförts av Johannes Fäldt med Lars Oscarsson som handledare. Fäldts genomgång visar att implementeringen var mest lyckosam på Rällsögården och i Örebro kommun som redan innan hade ett arbetssätt och en förberedelse för projektets idé.

Del två, av Jessica Storbjörk, beskriver klienternas upplevelse av VKP under projekttiden, samt hur deras situation förändrats. Storbjörks material består av 125 intervjuer med ungefär hälften av projektdeltagarna. Under den 12-månadersperiod som klienten ingår i projektet upplever han eller hon såväl upp- som nedgångar. Situationen kan skifta radikalt beroende på vid vilken tidpunkt utvärderingen görs. När projektet närmar sig slutet uttrycker flera klienter att de är nöjda med det stöd projektet och framför allt samordnaren har gett dem.

Utvärderingens tredje del, av Jessica Palm, är en implementeringsstudie med syfte att studera vilka idéer som låg till grund för VPK och dess utformning samt hur VKP implementerats till olika lokala kontext och hur dess olika delar uppfattas av olika aktörer som kom i kontakt med VKP. Hennes studie visar att olika aktörer gör olika tolkningar av vad VKP syftade till med en positiv inställning till projektet från de allra flesta aktörer. Även här uppfattas samordnarfunktionen som den centrala ingrediensen i projektet. Samordnarna fyller i "hålén", utför de uppgifter som annars inte blir gjorda. Även för målet att förbättra samarbetet mellan SiS och kommunernas socialtjänst har samordnarna spelat en viktig roll. De beskrivs ha genererat bättre samarbete och ökad förståelse mellan institutioner och socialtjänst. Av metoderna lyckades man bäst med att implementera Motiverande samtal och Återfallsprevention medan det var inledningsvis svårare med CRA (Community Reinforcement Approach) eftersom programmet genomfördes både på institution och i öppenvård.

Rapporten avslutas med några viktiga lärdomar inför framtida satsningar på utveckling av vården i projektform. Slutsatserna har formulerats av Kerstin Stenius och Lars Oscarsson som pekar bl a på att projekttiden var för kort för att medge någon större kvantitativ uppföljning av förändringar i klienternas livssituation. Utvärderingens genomförande försvårades av att den stora satsningen Ett kontrakt för livet, som också stimulerade en vårdkedja, inleddes ett halvår efter att Vårdkedjeprojektet hade startats. Därmed minskade möjligheten att se vilken inverkan just VKP fått för klienterna. Erfarenheterna av VKP kommer dock att vara av stort värde för det pågående arbetet med en vidareutveckling av vårdkedjor och utredningsarbetet inom SiS.

Författarna vill rikta ett särskilt tack till professorerna Vera Segraeus och Jan Blomqvist för insiktsfulla och konstruktiva kommentarer till tidigare versioner av manuskriptet.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ewa Persson Göransson', written in a cursive style.

Ewa Persson Göransson
Generaldirektör

Innehållsförteckning

Förord	3
Introduktion	7
Implementeringen av dokumentationssystem och behandlingsmetoder	19
I gränslandet mellan delaktighet och tvång: klienten i projektet	53
Implementeringsstudien	161
VKP-projektet – Några avslutande reflektioner	261
Referenser	267

Introduktion

Inledning

På uppdrag av Socialdepartementet har Statens institutionsstyrelse (SiS) sedan april 2004 implementerat och genomfört ett projekt som kallas för Vårdkedjeprojektet (VKP), som syftar till att förbättra vården för vuxna personer som tvångsvårdas enligt LVM (Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, 1988:870) samt att förbättra samarbetet mellan kommuner och LVM-institutioner. Föreliggande rapport är resultatet av en utvärdering som genomförts av Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) vid Stockholms universitet i samarbete med Institutionen för beteende-, social- och rättsvetenskap vid Örebro universitet på uppdrag av SiS.¹

Utvärderingen utgår från bakgrunden till, och avsikterna med, projektet och studerar vidare hur olika aktörer kommit att forma, förstå och uppleva projektet. En viktig utgångspunkt är att det finns en mängd innebörder av VKP och därför olika sätt att uppfatta hur det gick för VKP. Rapporten visar således att de slutsatser vi kommer att dra är avhängigt från vilken synvinkel och vilka aspekter av VKP som vi betraktar.

Rapporten består av tre separata analyser och texter konstruerade utifrån tre separata studier av VKP. Den första texten, skriven av Johannes Fäldt, är en analys av hur dokumentations- och behandlingsmetoder implementerats inom projektet utifrån en programteori, vilket kan ses som en rekonstruktion av projektets "tänkta genomförande" utgående ifrån de dokument som låg till grund för skapandet av VKP. Den andra texten, skriven av Jessica Storbjörk, är en analys av hur klienter som deltagit i projektet upplevt och resonerat om projektet, deras delaktighet i vårdplaneringen samt hur deras situation förändrats. Den tredje texten, skriven av Jessica Palm, är en analys av projektets olika delar utifrån olika aktörers perspektiv (socialdepartementet, socialtjänst, samordnare, LVM-institutioner m fl, exklusive klienterna).

Innan dessa analyser presenteras ges först en bakgrund till projektet i form av en beskrivning av VKP, liksom en beskrivning av utvärderingen samt några basuppgifter om antalet klienter, utbildningar och annat som omfattats av projektet. Allra först vill vi dock ge en teoretisk bakgrund som kan bidra till en förståelse av tvångsvården och VKP.

¹ En referensgrupp med representanter från SoRAD, SiS och Örebro universitet har varit kopplad till utvärderingen. Projektet har även genomgått en etisk prövning (inklusive ett tillägg).

Ett teoretiskt perspektiv hämtat från skolan

Davies (2000) skriver angående skolan att den har till uppgift att göra eleverna till de medborgare samhället vill ha. Man skulle kunna säga att en av behandlingens sociala funktioner är att städa upp där skolan anses ha misslyckats – ta hand om dem som skolan inte lyckades forma till skötsamma medborgare. Men, kontrollerandet eller omformandet eller styrningen av subjekten som både skolan och behandlingssystemet kan sägas ägna sig åt är något som man ogärna betonar. Davies (2000) skriver "...as if there were something unspeakable, perhaps even unethical, about the power government... So much is the autonomous individual constituted as central to the educational enterprise that teachers can feel quite upset if their power becomes visible to themselves and those around them." Davies (2000) menar att ansvaret och makten att forma individen inom ramen för möjliga och lämpliga sätt att bete sig på sopas under mattan till förmån för en betoning av subjektets frihet och formande av sig självt. Idén om den autonoma individen är central inte bara inom skolan utan i hela det västerländska tänkandet.

Tvångsvården, liksom annan behandling, kan förstås i termer av en normaliserande praktik som syftar till att skapa normala, skötsamma, individer och i det ingår att skapa autonoma individer som reglerar sig själva. Tvånget motiveras inte med att vi behöver kontrollera "de okontrollerbara" (Bergmark och Oscarsson, 1988) utan genom att det är till för individens eget bästa. På samma vis beskriver Lenz Taguchi (2004:137) motiverandet av obligatoriska aktiviteter i skolan – "den är ju till för barnet". Barnet, eller i vårt fall den tvångsvårdade, måste "underkasta sig tvånget av sig självt". Inom tvångsvården uppges ofta individen ha ett eget ansvar och autonomi att välja huruvida man ska underkasta sig eller inte. Järvinen och Mik-Meyer (2003) beskriver det som en paradox inom socialt arbete mellan just ett serviceideal/brukarperspektiv (individen som autonom och självbestämmande) och arbetet utifrån bestämda problemkategorier/lösningar (maktutövning som individen måste underkasta sig). Det sistnämnda, personalens perspektiv, är alltid "sannare" än/överordnat klientens och det som dominerar i praktiken. Det förstnämnda måste betonas i retoriken utifrån idén om den autonoma individen.

Autonomi är ett normativt ideal och en ökad betoning av individens behov och önskemål har även beskrivits av Asmussen (2003). Vid en analys av empowerment som professionellt förhållningssätt (som i korthet syftar till att stärka individens makt över sitt eget liv) framkommer, enligt Asmussen, ett dolt ojämnt förhållande mellan hjälpare och hjälptagare. I praktiken, menar Asmussen att den metod som hon studerat syftar till att konstruera ett nytt subjekt genom självreglering, vilket innebär en slags indirekt maktutövning. Empowerment, liksom flertalet av de "nya" metoder som nu implementeras både inom VKP och hos andra vårdgivare, bidrar, enligt Asmussen, lika mycket, men på ett annat sätt, till att utöva makt, ojämlikhet och skillnad i politiskt deltagande. Autonomiidealets stärkande har dock betydelsen att ett

tvångsingripande kan upplevas som än mer integritetskränkande. Att inte ha möjlighet att ha makten över sitt eget liv är ett större nederlag ju centralare individens autonomi upplevs.

VKP och de inslag som ingår i projektet (ex. brukarråd, kognitiva behandlingsmetoder, samordnare och stärkt eftervård) kan förstås som fångade mellan just normaliseringen och kontrollen av individen samt tanken om individens ansvar och autonomi. Relationen mellan hjälpare och hjälptagare liksom relationen mellan hjälpare och hjälpare är av stor betydelse. Men även relationen mellan stat och kommun – de självbestämmande kommunerna och staten som ändå vill påverka dem – aktualiseras i projektet. Frågan om autonomi och maktutövning är minst lika central i dessa relationer som i frågan om behandlare–klient eller lärare–elev. På så vis är projektet inte en isolerad företeelse utan en del av andra centrala sätt att resonera i det nutida samhället.

Vårdkedjeprosjektets bakgrund

Vården av personer med alkohol- och drogproblem är omfattande i Sverige, med internationella mått mätt (Takala m fl, 1992). Det gäller även tvångsvården. Sverige har en lång historia av att vårda personer med framför allt alkoholproblem under tvång (Björkman, 2001; Edman, 2004) och har en tvångsvård som är särskilt långt integrerad i socialtjänstens verksamhet. Tvångsvårdens primära syfte är att motivera till fortsatt frivillig vård. De viktigaste delarna i LVM-lagstiftningen är således att bryta destruktiva missbruk och påbörja motivationsarbete. Stor vikt läggs därmed i målsättningarna vid frivillig vård efter tvånget.

Sedan början av 1990-talet har missbrukarvården genomgått stora strukturförändringar. En förskjutning har skett från institutionsvård mot öppenvård. Användningen av tvångsvård har minskat, varav andelen (dock inte antalet) omedelbara omhändertaganden ökat (se SOU 2004:3). SiS, med ansvar för utförandet av tvångsvård, har riktat kritik mot kommunerna, som har en del av betalningsansvaret för tvångsvården, för bristande insatser framför allt för de tunga missbrukarna och menar att dessa får tvångsvård i ett alltför sent skede (Korpi, 2001a; Korpi, 2001b; Korpi, 2003a; Korpi, 2003b). Kritik har å andra sidan även riktats mot SiS för att vården är ineffektiv (Riksdagens revisorer, 2003), och tvångsvårdslagstiftningen har anklagats för att vara otydlig på flera punkter vilket gör vården rättsosäker (Gustafsson, 2001).

En effekt av kritiken, framförallt av SiS kritik mot kommunerna, blev en statlig utredning. I januari 2002 tillsatte regeringen LVM-utredningen (dir. 2002:10). *"Bakgrunden är uppgifter om att allt färre beslut om omedelbara omhändertagande, som fattas av polis och socialnämnd, följs upp med beslut om vård. Det kan tyda på att lagen i ökad utsträckning används för akut avgiftning i stället för mer långsiktiga vård- och motivationsinsatser i enlighet med intentionerna bakom lagen."* (Pressmeddelande, 2002a). Utredningen skulle analysera orsakerna till utveck-

lingen samt hur utvecklingen har påverkat personer med missbruksproblem samt se till rättssäkerhetsaspekterna. Utredningen skulle inte ta ställning till tvångsvårdens vara eller icke vara. Utredningen som lades fram i januari 2004 föreslog en utvidgning av SiS verksamhetsområde, så att SiS får en större roll vid eftervården (SOU, 2004:3). *"Utredningen konstaterade att kommunernas kostnader för missbrukarvården inte svarar mot det behov som finns av insatser för människor med svåra missbruksproblem."* (Pressmeddelande, 2004a). Kommunerna föreslogs därför få minskat betalningsansvar om de tar ett större ansvar för eftervården (vård i öppnare former som ges efter tvångsvård). Syftet med dessa förslag uppgavs vara att klienterna skall få en mer sammanhängande vård i form av en vårdkedja, inte minst efter tvångsvårdsperioden. Förslaget förutsatte att SiS skulle tillföras extra medel för en förbättrad vårdkedja.

Missbrukarvården har länge varit ett lågprioriterat område (Bergmark, 1995; SOU 2004:3 s. 55). Under senare år har kritiken mot missbrukarvården som otillräcklig framförts från flera håll – även från politiker. I en debattartikel, *"Kraftsamling mot alkoholmissbruket"*, deklarerade flera svenska ministrar att en satsning skulle göras på missbrukarvården. Satsningen på slutenvård skulle knytas samman med god eftervård från kommunernas sida, innehållande sysselsättning, bostad och ett drogfritt socialt nätverk efter behandling (Johansson m fl, 2003). *"Regeringens linje är klar: vi vill göra en satsning på missbrukarvården, för att uppfylla de löften vi gick till val på."* (Johansson, 2004). I budgetpropositionen 2005 (prop. 2004/05:1) inkluderades således en satsning på missbrukarvård, innehållande ett särskilt öronmärkt statsbidrag för att stimulera utbyggnaden av missbrukarvården. Syftet var att stärka individens rätt till vård och omsorg. Satsningen, benämnd *Ett kontrakt för livet*, innebar att den statliga tvångsvården blev billigare för kommunerna, och skulle ge en stimulans för kommunerna att stärka vårdkedjans alla delar (Pressmeddelande, 2004b, 2004c). Förslaget är således i linje med LVM-utredningens förslag, samt med den föreslagna vårdgaranti som deklarerats av Mobilisering mot narkotika (MOB, 2004a; MOB, 2004b). I budgetpropositionens kölvatten har ytterligare en utredning tillsatts med uppdrag att lämna förslag till hur en vårdöverenskommelse mellan staten och kommunerna ska utformas (Pressmeddelande, 2004c).

I samklang med förslaget från LVM-utredningen fick dock SiS redan år 2003 i uppdrag från Socialdepartementet att inom ramen för den vård som ges med stöd av LVM utarbeta och pröva en modell för en starkare vårdkedja, ökad kvalitet i vården, samt bättre eftervård. Under våren 2004 utvecklade SiS en modell för en förstärkt vårdkedja som skulle fördjupa och systematisera samarbetet mellan LVM-institutioner och kommunernas socialtjänst kallat *"Vårdkedjeprojektet"* (S2003/10379/ST, SiS 2004). Det här aktuella vårdkedjeprojektet (VKP) beskrivs närmare nedan men innan dess ges en liten historisk och kontextuell översikt av vårdkedjeidén.

Vårdkedjeidén i historisk och kontextuell belysning

Redan 1969 nämns vikten av vårdkedjor i narkomanvårdskommitténs slutbetänkande. I talet om vårdkedjor handlar det även där om samverkan, men främst mellan sjuk- och socialvård och kedjan innehöll fyra delar: uppsökande vård, öppenvård, slutna vård och eftervård (Hilte, 1990). Den öppna vården hade en central position i kedjan. För att skapa integration och kontinuitet i kedjan föreslogs särskilda behandlingsgrupper med specialtränad personal. Kedjan uppfattades inte som statisk utan en person kunde komma in varsomhelst och utnyttja olika delar. Vården skulle utspelas i en "så föga anstaltspräglad miljö som möjligt". Vistelse i sådan miljö med uppdelning i olika roller: vårdad-vårdare, ansvarig-oansvarig, samhällsrepresentant-avvikare ansågs inte bra för att skapa terapeutiska relationer. Terapeutiska samhällen omnämns som ett positivt alternativ till anstaltsmiljön. En annan viktig princip var frivillighet så långt det var möjligt. Hilte (1990) ser likheter mellan narkomanvårdskommitténs betänkande och ett förslag om ett slags vårdkedjeprojekt som lades fram 1977 i Malmö.

Likheterna med VKP är däremot inte lika slående. Istället kan en förändrad syn på vården och dess delar skönjas. Institutionsvistelser tycks inte betraktas i samma problematiska termer som i tidigare förslag gällande vårdkedjor. Att institutionsvistelser eventuellt blivit mindre vanliga kan snarare förklaras med sviktande ekonomi och en vilja att minimera kostnaderna. Visserligen gäller fortfarande att frivillighet ska gälla så långt det är möjligt, men det nämns inte på samma vis som tidigare. I VKP har diskussionerna snarare handlat om att tvångsvården används för lite. Den bedömningen görs delvis utifrån att antalet tvångsvårdade är lågt, och delvis utifrån institutionernas upplevelse av att klienterna är i sämre skick och oftare kommer i och med ett omedelbart omhändertagande.

Vårdkedjeidén är kanske inte så ny men den har idag fått ett starkt fäste både i Sverige och internationellt. Det är inte bara inom missbrukarvården som samarbeten och vårdkedjor poängteras. Psykiatrin är ett närbesläktat område där försök genomförs med Case-managers och uttalade syften om bättre vårdkedjor (Psykiatriutredningen). Samarbete och utvecklade vårdkedjor är också honnörsorden inom den övriga sjukvården och poängteras bland annat i vården av bröstcancer (*Vårdkedjor med vårdgivaravtal...* 2004), övervikt (Pressmeddelande 2007), stroke (*Ny vårdkedja för...*) och äldreomsorg (Lindberg, 2003). Vad gäller missbrukarvården uttalades behovet av samverkan i Stockholms län tydligt i ett policydokument mellan landstinget och socialtjänsten år 1998 (*Kommunerna, landstinget och missbrukarvården...*1998). Det nya är kanske att delat ansvar inte räcker utan att det krävs en extra resurs, samordnare eller Case-manager, som ska se över arbetet och se till att delaktiga parter tar sitt ansvar. Internationellt har idén bland annat fått starkt genomslag inom psykiatrin. Exempelvis finns projekt i Storbritannien, som tillkommit som följd av en avinstitutionalisering och en önskan om att

undvika dyra institutionsplaceringar, som till sitt innehåll överensstämmer väl med SiS vårdkedjeprojekt (se bl a Watts & Priebe 2002). Ovanstående beskrivningar av tidigare satsningar på organiseringen av missbrukarvården och övrig offentlig vård kan fungera som en referensram för Vårdkedjeprojektet och för eventuella förväntningar på att projektet skall leda till plötsliga och genomgripande förändringar avseende samverkansformerna för tvångsvården av missbrukare.

Vårdkedjeprojektet

Som nämnts utmynnade LVM-utredningen (SOU 2004:3) i att SiS, på uppdrag av Socialdepartementet, utformade en modell för stärkt vårdkedja med ökad vårdkvalitet, eftervård och samarbete mellan vårdgivare (S2003/10379/ST, SiS 2004).

Samverkans- och samarbetsformerna med socialtjänsten skall enligt VKP förbättras. Vidare skall kvaliteten och innehållet i vården, både LVM och frivillig vård, förbättras. Försöksverksamhetens mål är *”att de klienter som ingår i Vårdkedjeprojektet uppnår positiva och bestående förändringar av sin livssituation; att Vårdkedjeprojektet bidrar till att skapa fungerande modeller för samarbete mellan socialtjänsten och LVM-hemmen, mellan tvångsvården och den vård som bedrivs med den enskildes samtycke”*. (SiS 2004 s. 2)

I projektet har deltagit Eskilstuna, Uppsala, Maria Gamla stan och Katarina Sofia, stadsdelar i Stockholm och Örebro kommun, liksom tre av SiS institutioner – Behandlingshemmet Rällsögården i Kopparberg, Hornö LVM-hem i Enköping och Runnagården i Örebro (två institutioner för män och en för kvinnor).² Inom varje kommun/stadsdel tillsattes en samordnare, anställd av SiS, med ansvar att samordna vården och noggrant följa vårdförloppet för de klienter som kom att ingå i projektet från respektive kommun/stadsdel. De deltagande kommunerna skulle också få en avgiftsreduktion³ som totalt beräknades uppgå till 6 miljoner kronor (SiS, 2004). I och med Kontrakt för livet, som i praktiken innebar billigare vård för alla kommuner i landet tappade VKP i ekonomisk betydelse.

När en klient från någon av de kommuner/stadsdelar som ingår i Vårdkedjeprojektet är aktuell för tvångsvård skall denne i första hand placeras på en av de tre VKP-institutionerna, informeras om VKP och erbjudas att delta. Om klienten samtycker till deltagande skrivs ett kontrakt mellan kommunen, den aktuella SiS-institutionen och klienten. Detta kontrakt, även kallat överenskommelse, som kan se olika ut för olika individer och kommuner, reglerar vem som skall ansvara för olika delar i vårdkedjan samt sätter upp

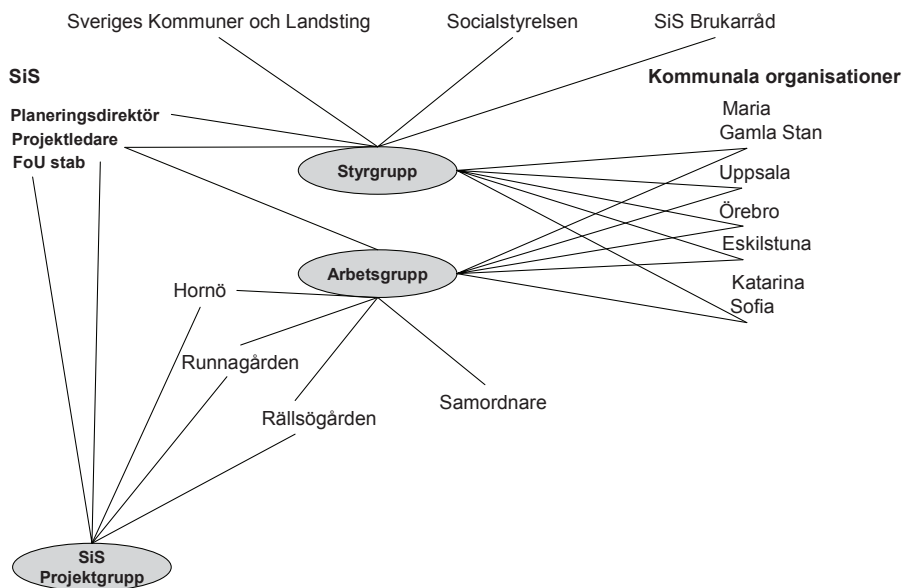
² I ett senare skede tillfrågades och inkluderades även Enheten för Hemlösa i Stockholm i projektet, men denna enhet har inte ingått i utvärderingen.

³ Kommunen skulle inte betala SiS avgift för administration av vården med stöd av § 27 LVM å 450 kr/dygn. De skulle även erbjudas subventionerad vård med stöd av 27 § LVM genom SiS försorg (högst 1700 kr/dygn).

olika mål inom olika livsområden. I grunden är det den vanliga lagstiftningen och ansvarsfördelningen som gäller (SoL, LVM etc.). I kontraktet anges att klienten skall erbjudas vård under ett år, i normalfallet först genom SiS försorg med tvångsvård och därefter genom vård i öppnare former, fortfarande med stöd av LVM, 27 §, och sist i än mer öppna former genom kommunens försorg. Försöket startade i april 2004 med en implementeringsfas. Klienter har rekryterats till projektet sedan 1 juli, 2004. De klienter som rekryterades till och med december 2005 skulle ingå i utvärderingen av projektet, som var tänkt att pågå till och med december 2006. I praktiken kom VKP:s projekttid att förlängas ett år, men utvärderingen följde den ursprungliga projekttiden.

Projektets organisation

VKP:s organisation består av en styrgrupp med ett övergripande ledningsansvar och en arbetsgrupp med en operativ funktion. I styrgruppen ingår en representant från respektive deltagande kommun, från SiS sida ingår projektledaren för VKP, SiS planeringsdirektör, samt två representanter från SiS brukarråd; Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting finns representerade i styrgruppen med varsin representant. I arbetsgruppen ingår företrädare från de deltagande kommunala socialtjänstorganisationerna, representanter från deltagande LVM-institutioner, samordnare, samt projektledare. Utöver arbetsgrupp och styrgrupp finns även SiS-projektgrupp knuten till projektorganisationen. Denna grupp tillkom, till skillnad från de övriga, efter projektstart och består av projektledaren, representanter från SiS FoU,



Figur 1. Vårdkedjeprosjektets organisation

samt institutionscheferna från de institutioner som deltar i VKP. Efterhand tillkom även en metodgrupp (CRA-grupp) bestående av en CRA-ansvarig representant från varje deltagande kommun/stadsdel respektive institution. I figur 1 ges en översiktlig beskrivning av projektets organisation.

Kommuner och institutioner

Örebro kommun är uppdelat i väster och öster när det gäller myndighetsutövningen, medan vård- och behandlingsenheten är till för hela staden. Örebro ansågs ha en välutvecklad missbrukarvård och är även en av Mobilisering mot narkotikas modellkommuner, varpå det har satsats en hel del redan tidigare inom narkotikaområdet. Örebro var också känt för att använda tvångsvård i stor utsträckning. Örebro hade 128 000 invånare den 31 december 2005. I Örebro ligger en av de tre LVM-institutionerna som ingår i projektet – Runnagården.

Eskilstuna kommun hade ett lågt utnyttjande av LVM och hade också fått viss kritik för det. Deras missbrukarvård var inte särskilt väl utbyggd i jämförelse med Örebro. Eskilstuna är dock en relativt stor kommun i Mälardalen och det fanns kanske förhoppningar om att de skulle kunna få igång arbetet med LVM i och med projektet. Flera omorganisationer har genomförts i kommunen. Det innebar bl a att man gick från att ha specialiserade LVM-handläggare till att göra alla handläggare delaktiga i LVM när deras klienter behövde det. Användningen av LVM har ökat sedan projektet startade och omorganisationerna genomförts. Eskilstuna hade 92 000 invånare den 31 december 2005.

Uppsala kommun fick erbjudandet att delta i VKP efter att en annan tilltänkt kommun i Stockholmstrakten tackat nej till att delta. I Uppsala hade en stor omorganisation genomförts 2003 innan projektet startade, då 14 kommundelar blev en. Missbrukarvården är sedan dess indelad i en alkoholenhet och en narkotikaenhet som tillsammans med en intagningsenhet utgör Individ- och familjeomsorgen (försörjningsstödet ligger inom en annan del av kommunens verksamhet). Sedan omorganisationen har Uppsala ökat sin användning av LVM. Öppenvård är inte särskilt väl utvecklad i Uppsala. Den 31 december 2005 hade Uppsala 183 000 invånare.

Maria Gamla stan är, eller var (nu har de slagits samman med Katarina Sofia), en stadsdel i Stockholm med egen socialtjänst. I samband med att VKP startade omorganiserade man på så vis att öppenvården utvecklades i en särskild verksamhet – Södermalms beroendeteam (SBT), som var gemensam för Maria Gamla stan och Katarina Sofia. Myndighetsdelarna hölls på så vis isär från öppenvården på ett tydligare sätt. Stadsdelen hade 64 000 invånare den 31 december 2005.

Katarina Sofia blev efter en revision tvungna att omorganisera verksamheten, vilket skedde i samband med att projektet initierades. Det innebar, liksom för Maria Gamla stan, uppstartandet av SBT och öppenvård, vilken tidigare

var obefintlig inom stadsdelen. Tidigare köpte man en stor del av vården utifrån, vilket var kostsamt. Det innebar också förändringar i arbetssättet, vilket personal motsatte sig och ledde till att en stor del av personalen byttes ut. Katarina Sofia valdes ut att delta i VKP delvis beroende på att de hade en hög användning av LVM, något som förändrades efter omorganisationen då man bland annat tog bort den särskilda LVM-handläggaren och ansträngde sig för att minska kostnaderna för köpt vård. Katarina Sofia hade 46 000 invånare den 31 december 2005.

Runnagården i Örebro är en relativt stor institution med 38 platser för kvinnor. Där finns en särskild avdelning för klienter med psykiska problem, låsta och öppna avdelningar, och under projektets gång har man även startat en § 27-enhet, Villan, som ligger utanför institutionen. Runnagården är inriktad på 12-stegsbehandling. Hornö som är beläget utanför Enköping är en institution med 35 platser. Verksamheten inriktar sig i huvudsak på manliga klienter med allvarligare problem. De har även specialiserat sig på att göra psykologutredningar. Rällsögården, utanför Kopparberg, är en institution med 24 platser för män och ansågs ha en väl utvecklad behandlingstradition som bland annat innefattade ett eget missbruksprogram.

”Nya metoder”

Inom projektet beslutades att en särskild behandlingsmetod skulle användas, kallad Community Reinforcement Approach (CRA) (för en beskrivning av CRA, se Hunt & Azrin, 1973; Azrin, 1976; Azrin m fl, 1982, eller den för projektet utvecklade manualen – Magoulas & Forsberg, 2005). CRA har utvärderats med positiva resultat i andra länder än Sverige (se bl a SBU, 2001 s. 175). Denna manualbaserade beteendeinriktade behandlingsmodell, som utvecklats i USA betonar motiverande tekniker såsom Motivational Interviewing (MI – på svenska Motiverande samtal, se Miller, 1996), lägger vikt vid att noggrant kartlägga olika problemområden samt att hjälpa klienten till ett bättre liv inom flera viktiga livsområden samtidigt. CRA erkänner att omgivningsfaktorer ofta har avgörande betydelse vid droganvändning och nykterhet. I enlighet med CRA var avsikten att klienten under tiden på LVM-hemmet skulle kunna genomgå funktionsanalys, nykterhetsprövning, antabusbehandling, besvara en tillfredsskala, uppställa rådgivningsmål, genomgå färdighetsträning, behandlas med motiverande samtalsteknik (MI) och återfallsprevention. Detta åtföljs av sysselsättningsåtgärder, relationsterapi, nätverks- och familjearbete, boendeträning/boende, fritidssysselsättning och ekonomisk rådgivning av socialtjänsten.

Inom SiS tvångsvårdsinstitutioner används ett systematiskt dokumentationssystem, kallat DOK (se Jenner & Segraeus, 1996). DOK består av ett antal frågor om klientens aktuella situation och finns som en inskrivnings- och en utskrivningsintervju. Därutöver beslutades inom ramen för VKP att ett annat dokumentationssystem skulle användas – Addiction Severity Index (ASI) som

grund för vårdplaneringar. ASI finns också i form av en initial intervju och en uppföljningsintervju, vilka båda skulle användas. Vidare har ett planeringsinstrument kopplat till ASI utvecklats, kallat MAPS, vilket också skulle användas inom projektet.⁴

Med tanke på de nya metoder som skulle implementeras sattes en utbildningssatsning igång inom projektet. Samordnare, institutionspersonal och socialsekreterare skulle utbildas i CRA, MI, Återfallsprevention, ASI och MAPS. Över 130 personer har utbildats i någon av de nämnda metoderna i projektets regi.

Utvärderingen

I uppdraget till SiS ingår att genomföra en utvärdering av VKP. *”Uppföljningen och utvärderingen är kopplad till de mål som anges för Vårdkedjeprojektet. En del av uppföljningen avser därför att belysa hur det går för den enskilde, om han/hon förbättrar sin livssituation. Den andra delen avser att utvärdera processen och samarbetet i projektet.”* (SiS, 2004 s. 7).

Då antalet klienter som omfattades av projektet redan på förhand kunde antas vara för litet för några mer avancerade och tillförlitliga kvantitativa analyser är utvärderingen huvudsakligen kvalitativ. Det ansågs dock viktigt att sammanfattande beskriva de klienter som ingår i projektet och hur de upplever vården och hur deras situation förändrats genom vården. En sådan beskrivning, även innehållande en jämförelse med LVM-placerade personer som inte ingår i projektet, utgör en del av utvärderingen. Som framgår av klientdelen i utvärderingen har en uppföljning av hur det gick för klienter som deltagit i VKP dock varit problematisk att genomföra. Klienternas erfarenheter och upplevelser beskrivs huvudsakligen genom en kvalitativ studie av ett mindre antal klienter med 12 månaders deltagande i VKP. En annan del kallade vi för *”implementeringsstudien”* och i den beskrivs och analyseras genomförandets olika delar i två olika studier. Den tredje och sista delen som skisserades i projektplanen avsåg att studera den vård som erbjuds på institutionerna och efter tvångsvården. Vården kom dock att studeras såväl inom klientdelen som inom de två implementeringsstudierna och har alltså inte i sig utgjort en egen studie.

Tre delstudier

Under hela projektet har alltså tre delstudier hållits isär och genomförts av tre olika forskare – det gäller vad vi kallat för *klientstudien*, vad vi kallat för *programutvärderingen* och det vi kallat för *implementeringsstudien*.

Klientstudien har som framgått fokuserat på klienternas erfarenheter. Programutvärderingen handlar också om olika aktörers erfarenheter, dock

⁴ En sammanfattande beskrivning av metoderna ges även längre fram i rapporten, i den så kallade programutvärderingen av VKP.

inte klienternas, men har en annan utgångspunkt. Den utgår från ett tänkt program – en beskrivning av vad som var tänkt att ske inom projektet och studerar om så var fallet med hjälp av i huvudsak en enkätundersökning riktad till personal. Implementeringsstudien fokuserar på olika aktörers, förutom klienternas, erfarenheter och förståelse av projektets olika delar och dess genomförande. Frågeställningar, metod och material för de tre delstudierna redovisas separat i respektive del. Beröringspunkterna mellan de tre delstudierna är givetvis många. Rapporten avslutas med några reflektioner.

Några grundläggande uppgifter om klienterna i projektet

För att ge läsaren en uppfattning om projektets omfattning har vi sammanställt uppgifter om antal klienter som erbjudits och deltagit i VKP. Dessa uppgifter är mer utförligt presenterade i klientstudierna.

SiS uppskattade att 100 klienter per år skulle komma att delta i VKP (SiS 2004), vilket hade genererat 150 klienter under den studerade tidsperioden (1 juli 2004–31 december 2005). I realiteten kom 74 klienter att delta i VKP. En analys av antalet LVM-ärenden (både § 13 och § 4 LVM) från de aktuella kommunerna/stadsdelarna under denna period ger vid handen att 150 personer var aktuella i 174 ärenden. En del klienter, framför allt från Uppsala, placerades dock på andra LVM-institutioner än de tre som var utvalda för VKP, vilket gjorde att det totalt var 113 personer som var aktuella för att tillfrågas om deltagande i VKP. Av de 74 klienter som deltagit i VKP kom 27 från Örebro, 22 från Uppsala, 11 från Eskilstuna, 8 från Katarina Sofia och 6 från Maria Gamla stan.

Antalet klienter varierar således starkt mellan kommunerna. Ställer vi det totala antalet LVM-ärenden i relation till befolkningmängden i de deltagande kommunerna/stadsdelarna ligger Örebro i topp med 42 LVM-ärenden per 100 000 invånare. Uppsala hade 32, Eskilstuna 23, Katarina Sofia 20 och Maria Gamla stan 9 ärenden per 100 000 invånare. En del skillnader förekommer även mellan kommunerna avseende vilka klienter som blir föremål för LVM. VKP-klienterna från Örebro var t ex något yngre och använde i högre utsträckning narkotika jämfört med de övriga kommunerna/stadsdelarna. Det är dock svårt att göra sådana jämförelser mellan kommunerna/stadsdelarna med tanke på det låga antalet klienter från varje område. Av de 74 VKP-klienterna vårdades 30 vid Runnagården, 28 vid Rällsögården och 16 vid Hornö LVM-hem. Vad gäller CRA har 24 av de 74 klienterna (32 %) deltagit i behandlingsmetoden. De flesta av dem deltog i mellan 4 och 10 sessioner. Ingen fullföljde alla 18 CRA-sessioner.

Implementeringen av dokumentationssystem och behandlingsmetoder

Johannes Fäldt

Sammanfattning	20
Inledning	20
Projektets innehåll och metoder	21
Implementering	23
Empiriska erfarenheter	23
Teoretiska perspektiv	25
Utvärderingens teoretiska modell	26
Metod	28
Tillvägagångssätt	28
Avgränsningar	28
Intervjuerna	29
Enkäten	29
Databearbetning	29
Metoddiskussion	30
Vårdkedjeprosjektets programteori	30
Resultat	32
Svarsfrekvens	32
Statistisk beskrivning	33
Projektledning och information	34
Utbildning	36
Behandlingsplanering	37
Dokumentations- och behandlingsmetoder	39
Jämförelser mellan kommuner och institutioner	42
Jämförelser mellan gräsrotsbyråkrater och mellanhänder	43
Sammanfattning	44
Analys och Diskussion	45
Programteorins genomförande	45
Perspektiv på implementeringens förutsättningar	47

Sammanfattning

Föreliggande studie syftar till att ge svar på frågan om de dokumentations- och behandlingsmetoder som ingår i Vårdkedjeprojektet har införts och tillämpats så som det var tänkt inom projektets olika delar. Om så har skett, vad har i så fall möjliggjort detta, och om inte, vilka hindrande faktorer går att identifiera? Studien bygger i huvudsak på en enkät riktad till de personer som utbildats i någon av de metoder som använts i Vårdkedjeprojektet.

Tre SiS-institutioner ingår i utvärderingen: Runnagården, Hornö LVM-hem samt Behandlingshemmet Rällsögården. Från kommunerna har personal från stadsdelarna Katarina Sofia och Maria Gamla stan samt kommunerna Örebro, Eskilstuna och Uppsala svarat på enkäten. Utöver enkäten genomfördes intervjuer med de sex samordnarna i projektet. En programteori (modell) över hur implementeringen var tänkt att genomföras rekonstrueras i utvärderingen. Programteorin jämförs sedan med hur den faktiska implementeringsprocessen förlöpte.

Resultaten visar att behandlingsplaneringen i huvudsak förefaller ha skett i enlighet med projektplanen. En viss osäkerhet framträder dock när det gäller ansvarsfördelningen avseende vissa moment och metoder i vårdkedjan. Av de faktorer som verkat hindrande för implementeringen identifieras framförallt *andra arbetsuppgifter* men även *låg bemanning* och *konkurrerande projekt*. Utbildningen av deltagarna gavs ett stort utrymme under det första projektåret vilket haft betydelse för i vilken utsträckning metoderna tillämpats i enlighet med projektets intentioner.

Ett annat förhållande som lyfts fram i utvärderingen är de deltagande enheternas skiftande lokala förutsättningar. Sådana lokala förutsättningar handlar om organisationen är *stabil* eller *turbulent*, tillgång till personella resurser, samt huruvida ledning och personal visat engagemang och intresse för projektet. I viss mån inverkar dock tidpunkten för utvärderingen på de slutsatser som går att dra avseende eventuella skillnader mellan de deltagande enheterna. Fler personer på chefsnivå inklusive deltagarna i projektgrupperna, *mellanhänder*, ser det som mycket viktigt att uppnå syftet med projektet, jämfört med behandlingsassistenter och socialsekreterare, *gräsrotsbyråkrater*. Dessa olikheter finns även gällande i vilken grad de svarande anser sig informerade om syftet med projektet.

Inledning

I rapportens introduktion gavs bland annat en beskrivning av bakgrunden till Vårdkedjeprojektets tillkomst. Trots detta kan det i denna programutvärdering av projektet vara på sin plats att ge en kort resumé av innehållet i det uppdrag som Socialdepartementet 2003 gav Statens institutionsstyrelse (SiS). En central aspekt av uppdragets innehåll kan utläsas av följande citat: "*att inom ramen för LVM-vården utveckla och pröva en modell som innebär en förstärkning av vårdkedjans alla delar samt ökad kvalitet på vården; både i LVM-vården och i den*

eftervård som i frivillig form skall följa efter tvångsvården” (Regeringsuppdrag, S2003/10379/ST). SiS påbörjade detta arbete under våren 2004 genom att i projektform utveckla en modell för en förstärkt vårdkedja inom missbrukarvården. Projektets organisatoriska målsättning uppgavs vara att fördjupa och systematisera samarbetet mellan LVM-institutioner och kommunernas socialtjänst. På så vis avsåg man att skapa ”fungerande modeller” för samverkan mellan den frivilliga och den slutna missbrukarvården (SiS, 2004). De kommuner som deltar i Vårdkedjeprojektet erhåller, som nämnts i rapportens inledning, en kostnadsfri förstärkning av eftervården samt en reducering av den vårdavgift som är knuten till slutenvården.

I utformningen av Vårdkedjeprojektet inkluderades tre institutioner och fem kommunala organisationer i en försöksverksamhet i syfte att uppnå uppdragets målsättning: Behandlingshemmet Rällsögården, Runnagården och Hornö LVM-hem, samt kommunerna Eskilstuna, Örebro, Uppsala och stadsdelsförvaltningarna i Maria Gamla stan och Katarina Sofia i Stockholm. Även Södermalms beroendeteam (SBT), som arbetar med missbruksbehandling i öppenvård, har engagerats i eftervården av vårdkedjeklienter från Maria Gamla stan och Katarina Sofia.

I implementeringsdelen av utvärderingen ingår föreliggande programutvärdering som fokuserar på implementeringen av de specifika dokumentationssystem och behandlingsmetoder som ingår i Vårdkedjeprojektet. Utvärderingen syftar till att ge svar på frågan om dessa dokumentations- och behandlingsmetoder har införts och tillämpats i enlighet med projektplanen och övriga styrdokument. Om så har skett, vad har i så fall möjliggjort detta, och om inte, vilka hinder går att identifiera?

I utvärderingens första avsnitt ges en översiktlig sammanfattning av Vårdkedjeprojektets innehåll och metoder. Därefter presenteras ett avsnitt med några empiriska och teoretiska perspektiv på implementering som avslutningsvis mynnar ut i den teoretiska modell som utgör utvärderingens implementerings- och programteori. I det efterföljande metodavsnittet ingår bland annat rekonstruktionen av den programteori som ligger till grund för utvärderingen. Kapitlets två avslutande delar består av en resultatredovisning med en efterföljande analys och diskussion.

Projektets innehåll och metoder

Avsnittet behandlar i korthet själva vårdkedjeförloppet samt de metoder som är tänkta att användas i Vårdkedjeprojektet. Beskrivningen av innehållet utgår ifrån den så kallade Vårdkedjehandboken samt projektplanen och skall alltså inte ses som en exakt redogörelse över hur ”det har gått till” i arbetet med vårdkedjeklienter, utan som en rekonstruktion baserad på just projektplanen och vårdkedjehandboken.

När en klient från de deltagande kommunerna/stadsdelarna blir placerad på någon av de institutioner som ingår Vårdkedjeprojektet, erbjuds denne att

delta i projektet. Vårdtiden är maximalt 1 år–6 månaders vård utifrån § 4 och § 27 LVM, och därefter 6 månaders eftervård inom den aktuella kommunens socialtjänst. Samordnarna som organisatoriskt är knutna till SiS, men lokaliserade på respektive deltagande kommuns-/stadsdels socialtjänst, följer och stödjer klienten under hela vårdtiden. Efter placering och eventuell avgiftning görs för de klienter som ingår i Vårdkedjeprojektet en utredning av klientens situation med hjälp av en DOK-intervju (SiS dokumentationssystem). I behandlingsplaneringen som följer efter utredningen används ASI (Addiction Severity Index) och MAPS (Monitoring Area and Phase System). ASI, och i viss mån även MAPS, skall även användas som metoder i eftervården.

ASI kan i korthet beskrivas som en strukturerad intervju vilken kan användas vid exempelvis utredning, matchning av behandlingsinsats och/eller som ett uppföljningsinstrument i syfte att undersöka förändringar över tid (Andréasson, 1999). I intervjun skattar både klienten och intervjuaren klientens problem och hjälpbehov utifrån ett antal dimensioner / problemområden som, i varierande grad, antas vara knutna till klientens missbruksproblem. ASI-intervjun finns i två utföranden, en för inskrivning (grundutförandet) och en för uppföljning. MAPS innehåller samma dimensioner / problemområden som ASI, men resulterar i ett mått på vilken "fas" (benägenhet till förändring) som klienten befinner sig i, och anger även vilka prioriterade mål som finns för varje område. MAPS finns i en version för inskrivning, en för utskrivning, samt en för uppföljning (Öberg & Sallmén, 2001).

Utredningen och behandlingsplaneringen skall utmynna i en behandlingsplan som klargör vilka prioriterade behandlingsområden samt vilka långsiktiga och kortsiktiga mål som föreligger. Den behandlingsansvariga vid institutionen tar initiativ till behandlingsplaneringen och involverar därefter klienten, socialtjänsten och samordnaren i arbetet. Behandlingsplanen utgör grunden för en skriftlig överenskommelse som socialtjänst, klient och institution skriver under och som reglerar ansvarsområdena för respektive deltagare. Uppföljning av behandlingsplanen skall ske vid behov och i samband med övergång från § 4- till § 27-vård. Under LVM-tiden ansvarar den behandlingsansvariga vid institutionen för uppföljningen av behandlingsplanen. En revidering av behandlingsplanen skall genomföras när vården går över i frivillig form. En manual, "Vårdkedjehandbok", används i behandlingsarbetet för att säkerställa att behandlingen sker i enlighet med projektets intentioner (SiS, 2005). Under eftervården ansvarar socialtjänsten för att behandlingsplanen följs upp.

CRA (Community Reinforcement Approach) skall utgöra grunden för behandlingsarbetet i Vårdkedjeprojektet. CRA är en manualstyrd och beteendeinriktad behandlingsmodell bestående av ett antal tillhörande metoder, såsom MI (Motivational interviewing) och ÅP (Återfallsprevention). CRA skall initieras under institutionsvistelsen och därefter pågå under den resterande projektiden. Riktlinjer för när och hur behandlingsinsatser, enligt CRA, skall genomföras skrivs in i den behandlingsplan som upprättas för varje klient

i Vårdkedjeprojektet. I CRA ingår även en så kallad funktionsanalys vilken syftar till att identifiera vilka faktorer (tankar, känslor) som inverkar i klientens beslut att återuppta ett missbruk alternativt att avhålla sig från missbruk. I händelse av att klienten återfaller i missbruk används i Återfallspreventionen en modifierad version av det funktionsanalysformulär som används inom CRA-metoden. I ÅP ingår bland annat att upprätta en händelse-/beteendekedja för att förklara vilka "interna" och "externa" förhållanden som leder till återfall. I övrigt består metoden av att finna strategier för att hantera negativa tankar och för att motverka återfall (Bergmark & Oscarsson, 1999; Magoulas & Forsberg, 2005).

MI är en kognitiv metod som i praktisk tillämpning kan sägas bestå av två moment: att grundlägga motivation för förändring och att stärka föresatsen att förändras. Till skillnad från traditionell KBT-behandling fokuserar MI inte på relationen tanke–handling utan snarare på att ge klienten insikter om sin situation vilket i sin tur kan leda till en önskan att förändra sin situation (Bergmark & Oscarsson, 1999). I Vårdkedjeprojektet skall MI användas såväl under institutionsvistelsens motivationsarbete som i eftervården.

Samtliga kommuner och institutioner deltar med en representant i den så kallade Arbetsgruppen. I arbetsgruppen ingår även samordnarna (en för vardera kommun) vilka är anställda av SiS men placerade i kommunerna. Från SiS ingår även projektledaren för Vårdkedjeprojektet i arbetsgruppen. Arbetsgruppen har regelbundna möten som behandlar frågor av operativ karaktär. I styrgruppen ingår representanter på chefsnivå från kommunerna, SiS (inklusive projektledaren för vårdkedjeprojektet), samt från Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting och SiS brukarråd. Under projekttiden bildades ytterliggare en projektgrupp (SiS projektgrupp) bestående av institutionscheferna från de medverkande institutionerna, projektledaren, samt forsknings- och utbildningsrepresentanter från SiS. I rapportens inledningskapitel finns en figur över Vårdkedjeprojektets organisation.

Implementering

Empiriska erfarenheter

I en studie av Johansson (2004) utvärderades implementeringen av BBIC (Barns behov i centrum). BBIC är ett dokumentationssystem som används i socialtjänstens arbete med barn och syftar till att åstadkomma ett enhetligt system för handläggnings- och utredningsarbetet. I studien analyserades implementeringen i fyra försökskommuner bland annat utifrån Jensens (2003, ref. i Johansson, a.a.) modell för "kontextuell osäkerhet". Den kontextuella osäkerheten kan analyseras vertikalt, utifrån faktorer kopplade till projektets villkor och styrning, samt horisontellt, som har att göra med processen, samverkan med omgivning och övriga aktörer (Johansson, 2004). Resultaten visar att de försökskommuner som organisatoriskt verkat under lägst vertikal och horisontell osäkerhet haft bättre förutsättningar att rent konkret arbeta

med det verktyg (dokumentationssystemet) som implementerades. I en av försökskommunerna genomfördes en omfattande omorganisation under projekttiden, vilket medförde att en från början låg horisontell och vertikal osäkerhet ersattes av motsatsen; därutöver prioriterades den ordinarie verksamheten på bekostnad av projektet (Johansson, a.a.).

I en annan studie (Johansson m fl, 2000) analyserades implementeringen av fem utvecklingsprojekt inom den svenska socialtjänsten utifrån två analysnivåer – dels projektets "interaktionsmiljö" (ex. uppdragsgivare, samverkanspartners), dels den "institutionella miljö" som projektet befinner sig i. Resultaten visade på stora organisatoriska olikheter mellan de undersökta projekten; såväl projektens interaktionsmiljöer som deras institutionella miljöer skiljde sig åt. En viktig slutsats handlar om hur "graden av avskildhet" och "graden av integration" påverkade utfallet av implementeringen. De projekt som drevs fritt från den permanenta (ordinarie) organisationen uppvisade svårigheter att återföra erfarenheter från projektet till den ordinarie verksamheten. Projekt som däremot var närmare knutna till den permanenta organisationen hade avsevärt mindre problem med den avsedda implementeringen.

Alexandersson (2006) lyfter i sin forskningsgenomgång fram några förhållanden som visat sig ha betydelse för implementeringens utfall. En faktor handlar om hur personalen uppfattar den metod som implementeras. Uppfattas den som knuten till det ordinarie arbetet ökar sannolikheten till användande. Tydlig struktur, klar ansvarsfördelning, samt tillgång till handledning är andra främjande faktorer. Likaså förefaller en kombination av ett top-down och bottom-up perspektiv som fördelaktigt för resultatet av implementeringen. De förhållanden som Alexandersson presenterar går att koppla till vad Johansson (2004) benämner "Lokala förutsättningar för implementering". Dessa förutsättningar överensstämmer i stora drag med ovan nämnda fast bland annat med tillägget om "implementeringsområdets mottaglighet", vilket utgörs av hur projektet prioriteras lokalt, samt förekomst av eventuella konkurrerande projekt.

Tidsfaktorerna inverkan på implementeringsprocessen har också betydelse, d v s huruvida personalen ges tillräckligt med tidsmässigt utrymme att arbeta med den aktuella metoden. Under den inledande delen av implementeringsfasen tycks detta ha särskilt stor betydelse. Vidare tycks en alltför tekniskt komplicerad och/eller omfattande metod riskera att utmynna i låg tillämpning hos användarna (Alexandersson, 2006.). Resultaten av hennes egen empiriska studie av implementeringen av dokumentationsmetoder i socialtjänsten visar hur bristande resurser och oklara befogenheter inom en organisation kan leda till låg tillämpning av metoderna. Deltagarna i undersökningen tycktes inneha viljan men sakna förmågan (kunskapen) att använda sig av metoderna i enlighet med projektplanens intentioner (Alexandersson, a.a.).

I Vinsons (2001) implementeringsstudie av en vårdmodell inom psykiatri betonades behoven av gemensamt ledningsansvar, engagemang hos deltagarna

och verksamhetsöverskridande samordning som viktiga ingredienser för en framgångsrik implementering. Av Lundefors Oscarssons (2004) studie om implementeringen av dokumentationsmetoder på Behandlingshemmet Rällsögården framkommer att brist på tid, hög personalomsättning samt en oklar ansvarsfördelning mellan ledning och behandlare är förhållanden som verkat hindrande för implementeringen. Tillgång till handledare, god information om processen, samt positiv feedback från socialsekreterare och klienter ansågs vara omständigheter som främjat implementeringen. Utifrån resultaten av den forskning som presenterats ovan går det att urskilja några mönster avseende sådana faktorer som tycks inverka på implementeringens genomförande. Av dessa faktorer tycks en del främst vara knutna till själva metoden som implementeras och andra snarare till sådana förhållanden som antingen är knutna till organisatoriska förutsättningar eller till de personer som ingår i implementeringsprocessen. Tabell 1 är ett försök till en kategorisering av sådana förhållanden som i varierande utsträckning antingen kan främja eller hindra genomförandet av en implementering.

Tabell 1. Påverkansfaktorer som kan främja eller hindra utfallet av en implementering

Metoden		Organisationen		Individen	
Främjar	Hindrar	Främjar	Hindrar	Främjar	Hindrar
Tydlig	Komplex	Projektet nära knutet till den permanenta organisationen	Projektet avskilt från den permanenta organisationen	Utbildning och handledning	Tidsbrist
Nära kopplat till ordinarie arbete	Skiljt från ordinarie arbete	Kombination av top-down, bottom-up	Hög personalomsättning	Engagemang för projektet	Oklart mandat
		Låg kontextuell osäkerhet	Hög kontextuell osäkerhet		Okunskap om metoderna
		Tydlig struktur och ansvarsfördelning	Konkurrerande projekt		Ointresse för metoderna

Teoretiska perspektiv

De sociala program som genomfördes i USA under 1960-talet intensifierade behovet av forskning och utvärdering om vilka effekter dessa program/insatser fick. Ett inledande fokus på den politiska bakgrunden till insatsen, själva insatsens utformning och utfall, kompletterades under mitten av 1970-talet med ökat intresse för själva genomförandeprocessen. En förklaring till detta skifte av fokus var en upplevd oförmåga att förklara varför programmen/insatserna inte fick de utfall man förväntade sig (Björkemarken, 1995; Johansson, 2004). En slutsats som kan dras av denna nya inriktning på forskningen är att man tidigare inte problematiserat vad som kännetecknade å ena sidan

policy, å andra sidan implementering av policy. Vidare framfördes synpunkter om att det ofta saknats uttalade mål och riktlinjer för hur implementeringen skulle gå till, samt hur man vid utformningen av insatsen förbisett vikten av att ha tillräcklig kompetens och resurser för den avsedda implementeringen (Johansson, a.a.).

Utifrån insikterna om behoven av att analysera genomförandeprocessen av policy, utvecklades efterhand två olika synsätt som utgår ifrån skilda förklaringar till implementeringsprocessens förutsättningar, top-down respektive bottom-up perspektivet (Björkemarken, 1995). Det förstnämnda tar sin utgångspunkt i analysen av hur implementeringen bör gå till för att nå sitt tänkta syfte, medan det senare ifrågasätter ett rationalistiskt synsätt på implementering och fokuserar istället på hur människor inom organisationer tar egna initiativ i syfte att möta oförutsägbara händelser. Under senare år har denna tudelning i synen på hur man bör bedriva implementeringsforskning blivit allt mindre uttalad och i dag förespråkas ofta en förening (syntes) av dessa båda synsätt (Hill & Hupe, 2002).

Mot denna bakgrund bör man alltså, utöver ett fokus på de organisatoriska förutsättningarna, även beakta på vilket sätt de människor som är föremål för implementeringen kan tänkas påverka implementeringens genomförande. Lipsky (1980) menar att personalen i brist på resurser använder sig av "överlevnadsstrategier" för att hantera hög arbetsbelastning och andra liknande ansträngande situationer. Exempel på en sådan strategi kan vara att undanhålla information om sina tjänster eller att begränsa sig genom att undvika vissa särskilt resurskrävande arbetsuppgifter.

En annan faktor som tycks ha betydelse för med vilken framgång en implementering genomförs är viljan att genomföra de förändringar som föreskrivs enligt projektplanen (Lipsky, a.a.). Begreppen *Förstå, Kunna och Vilja* (se Vedung, 1998; Alexandersson, 2006) understryker vikten av projektdeltagarnas förståelse för projekttiden och för vad som skall implementeras. Dessa faktorer anses, liksom vikten av att resurser finns för att kunna genomföra det som avses, ha betydelse för framgången av implementeringen. Här kan exempelvis nämnas utbildning och tidsutrymme som två centrala faktorer. Aktörernas vilja att genomföra föreslagna åtgärder är även kopplat till "egenintressen"; det vill säga i vilken grad själva projekttiden överensstämmer med aktörernas värderingar och prioriteringar.

Utvärderingens teoretiska modell

I syfte att analysera implementeringen av dokumentations- och behandlingsmetoderna i Vårdkedjeprojektet används en programteori. En programteori kan i korthet beskrivas som ett redskap och underlag i syfte att förklara vad för program-/projektinsats som skall implementeras och hur detta skall gå till (Fitzpatrick et al, 2004). Vedung (1998) understryker att en programteori främst bör ses som ett återgivande av de bärande delarna/momenten i insatsen

(”normativ programteori”) och inte som en kopia av det verkliga genomförandet. I enlighet med ett sådant synsätt består programteorin i föreliggande utvärdering av ett antal delmoment som beskriver insatsens avsedda mål och effekter samt hur interventionen är tänkt att gå till och hur den logik som binder ihop dessa delar ser ut (jfr Fitzpatrick et al, 2004.). I den här aktuella utvärderingen är programteorin utformad utifrån 1) det politiska beslut som ligger till grund för genomförandet (insatsen), 2) ramarna för insatsen och de intentioner som följer av dessa (förvaltning), 3) vad som skall ske (slutprestationer), 4) vad insatsen skall leda till (utfallet).

Programteorin och de teoretiska begrepp som beskrivs nedan används som analysverktyg i arbetet med att undersöka om de dokumentations- och behandlingsmetoder som använts i Vårdkedjeprojektet har införts och tillämpas i enlighet med projektets ”officiella intentioner” (Projektplan och Vårdkedjehandbok). I de avseenden implementeringen har överensstämmt med projektets ursprungliga intentioner är det av intresse att undersöka hur denna utveckling går att förklara. Om implementeringen däremot inte har förlöpt i enlighet med projektplanen och Vårdkedjehandboken, finns det anledning att undersöka rimliga förklaringar till att så blev fallet.

Enligt Vedung (1998) kan man i implementeringsförfarandet identifiera två nivåer av yrkeskategorier – *gräsrotsbyråkrater* och *mellanhänder*. De personer som kan härledas till endera av dessa nivåer/kategorier, tycks i stor utsträckning påverka med vilken framgång implementeringen genomförs. Ett exempel på detta är inställningen till projektets syfte och till metodernas tillämpbarhet. Även uppfattningen om kollegors och chefers inställning till projektet, samt inte minst hur de erfar övriga verksamheters deltagande och engagemang, tycks påverka resultatet.

Begreppet *mellanhänder* kan för Vårdkedjeprojektets del ses som bestående av personer på respektive deltagande enhet som är mer eller mindre direkt inblandade i projektets framåtskridande. I detta fall deltagare i arbetsgrupp, projektgrupp, samt övriga personer med ledningsfunktioner inom de institutioner och kommuner som medverkar.⁵ Å ena sidan kan dessa personer som ju befinner sig nära den tänkta ”målgruppen” för implementeringen förmedla en positiv bild av projektets intentioner och därmed bidra till att styra projektet i ”rätt riktning”. Å andra sidan kan en negativ uppfattning om projektet hos dessa personer ha en tillbakahållande effekt på den övriga implementeringsorganisationen (Vedung, 1998). Vidare påverkas implementeringsutfallet inte minst av de *gräsrotsbyråkrater* som berörs av implementeringen. Begreppet avser de personer som befinner sig närmast klienterna, vilket i Vårdkedjeprojektets fall är handläggarna på socialkontoren och behandlingspersonalen på institutionerna.

⁵ Samordnarnas unika roll i projektet gör att det inte går att kategorisera dem som vare sig ”gräsrotsbyråkrater” eller ”mellanhänder”.

Vedungs (1998) generella teori om offentliga insatsers resultat behandlar processen, från politiska beslut till utfall, utifrån en vidare kontext än enbart implementeringen. Åtta faktorer ses som centrala för utfallet av en insats: insatsens historiska bakgrund, insatsen, implementeringen, adressater, kontrollens organisation, andra insatser/myndigheter, marknaden och övrig omgivning. Av dessa steg i processen ämnar föreliggande utvärdering att, utöver själva implementeringen, även knyta "insatsens historiska bakgrund", "andra insatser/myndigheter" samt "adressaterna", till analysen av det empiriska materialet. Att just dessa delmoment av Vedungs teori tillämpas i utvärderingen grundar sig i att dessa förhållanden förefaller ha haft störst inverkan på implementeringsprocessen i Vårdkedjeprojektet.

Metod

Tillvägagångssätt

Material har inhämtats från intervjuer och enkäter, samt genom analys av dokument. I syfte att inhämta information om dokument som kunde vara av intresse för utvärderingen hölls ett inledande informationsmöte med den av SiS utsedda projektledaren för Vårdkedjeprojektet. Intervjuer genomfördes med samtliga nuvarande samordnare samt med en tidigare samordnare i Örebro kommun. Utifrån intervjuerna, analyser av dokument och litteratur konstruerades en enkät i syfte att nå kunskap om vad som kännetecknat de olika verksamheternas förutsättningar för implementeringen av de aktuella metoderna.

Vidare genomfördes studiebesök hos samtliga deltagande SiS-institutioner. Vid dessa möten deltog nyckelpersoner från de lokala projektorganisationerna såsom program- och behandlingsansvariga, samt institutionschefer. Dessa möten syftade bland annat till att ge en uppfattning om hur institutionerna valt att organisera arbetet med projektet på lokal nivå. Utvärderaren har även deltagit vid möten för samtliga projektgrupper knutna till projektet, det vill säga styrgrupp, arbetsgrupp och SiS projektgrupp. Utifrån den information som erhöles från dessa olika källor rekonstruerades projektets programteori i bemärkelsen projektets innehåll, organisation, tänkta genomförande och mål.

Avgränsningar

I utvärderingen behandlas implementeringen av de metoder och den arbetsstruktur som hör ihop med Vårdkedjeprojektet. Med arbetsstruktur menas genomförandet av den behandlingsplanering som görs och i vilken utsträckning detta har fungerat enligt projektplanen och Vårdkedjehandboken. Eftersom ingen utbildning av DOK har genomförts i projektets regi utvärderas inte implementeringen av denna metod.

Intervjuerna

Intervjuerna med samordnarna hösten 2005 spelades in med en mp3-spelare. Intervjuerna var halvstrukturerade och utgick från en intervjumanual innehållande tre huvudsakliga teman: "Om projektet", "Metoderna", samt "Ansvarsområden och arbetsfördelning". Under varje tema följde en rad frågor som behandlades i en given ordning. Intervjumaterialet fördes över till ljudfiler på en dator och analyserades innehållsanalytiskt i relation till projektets programteori och utifrån de teoretiska begrepp som tidigare presenterats.

Enkäten

Enkäten bestod av tre övergripande frågeområden: "Om informationen och förankringen av projektet", "Genomförandet av projektet", samt "Metoderna" och innehöll utrymme för kommentarer efter varje frågeområde. Frågorna i enkäten operationaliserades utifrån utvärderingens programteori (jfr även Vedungs 1998 teori om offentliga insatsers resultat). Enkäten validerades därefter med deltagare från Vårdkedjeprosjektets arbetsgrupp, samt med den referensgrupp som är kopplad till utvärderingen. Målgruppen för enkäten var dels personer inom själva projektorganisationen, det vill säga deltagare i arbetsgrupp (inklusive samordnarna) och institutionscheferna, dels övrig personal som arbetat mot klienter och som deltagit i Vårdkedjeprosjektet.

Utgångspunkten var att inkludera samtliga deltagare som utbildats i någon av de metoder som ingår i projektet. Av denna anledning efterfrågades listor från SiS centralt och från programansvarig på Behandlingshemmet Rällsögården, vilka administrerat utbildningarna i projektet. Listan innefattade 141 personer. Några av de personer som fanns med på listan visade sig inte ha arbetat i projektet beroende på exempelvis ändrad arbetssituation, föräldraledighet eller på grund av att "fel personer" initialt utbildades. I det slutliga urvalet ingick därför 127 personer. I mars och april 2006 distribuerades enkäten via post till deltagare i arbetsgruppen som därefter vidarebefordrade dem till berörd personal i ett slutet kuvert innehållande ett svarskuvert.

Databearbetning

Enkätsvaren kodades och bearbetades i statistikprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Svarsenkäterna kategoriserades utifrån kön, utbildningsnivå, typ av yrke samt vilken enhet vederbörande tillhörde. Variablerna korstabulerades med svaren på enkätfrågorna i syfte att undersöka mönster i svarsfördelningen. Svarspersonernas kommentarer i enkäten fördes över till en datafil och sorterades utifrån frågeområden och respektive persons organisatoriska tillhörighet.

Datamaterialet dikotomiserades också efter organisationstillhörighet (kommun/institution, samordnarna ej medräknade) och i förhållande till begreppen *gräsrotsbyråkater* (behandlingsassistenter och socialsekreterare) samt *mellanhänder* (personal i chefsposition). De dikotoma kategoriseringarna

analyserades utifrån Mann-Whitneys test, ett icke parametriskt test som inte kräver att materialet är normalfördelat (Altman, 1991). I korthet prövar testet om svaren från de två kategorierna av grupper tycks komma från populationer med samma egenskaper. Mer konkret undersöks om avvikelserna i bedömningarna mellan grupperna faller inom ramen för slumpmässiga variationer, eller om de statistiskt sett visar på faktiska olikheter (Siegel och Castellan 1988; Vejde, 2002).

Metoddiskussion

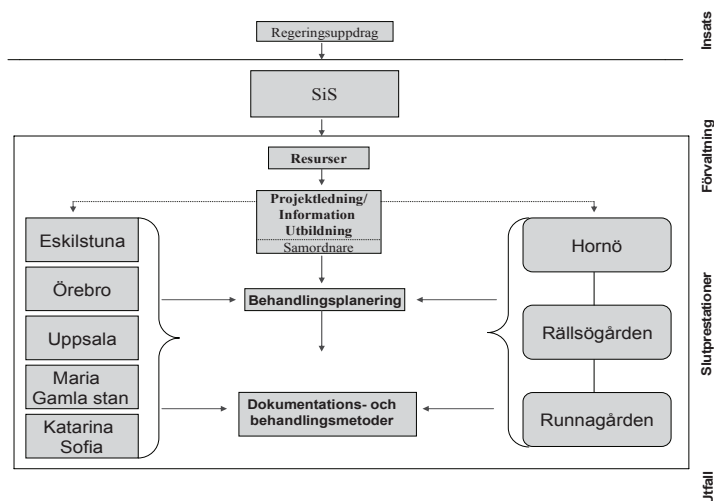
Eftersom utvärderingen syftar till att studera implementeringen av metoderna i jämförelse med det "planerade genomförandet" påverkas validiteten av i vilken utsträckning programteorin de facto ger en korrekt bild av det "planerade genomförandet". Av denna anledning beaktades därför synpunkter från SiS-projektgrupp samt arbetsgruppen i utformningen av programteorin. Detta tillvägagångssätt har betydelse för utvärderingens så kallade "construct validity" (jfr Grinnell, 2001). Med begreppet avses i vilken utsträckning man de facto mäter de teoretiska begrepp man avser att mäta. En annan aspekt av validiteten handlar om hur väl de teoretiska begreppen från programteorin har operationaliserats i enkäten (jfr "content validity", Grinnell a.a.; Marlow, 2005). Enkätfrågorna utformades och kategoriserades i relation till de teoretiska utgångspunkterna för att uppnå en god överensstämmelse mellan de operationella och de teoretiska variablerna. För att erhålla en god "face validity" (jfr Grinnell, 2001) validerades enkäten även med ett urval av projektdeltagarna. Innebörden av "face validity" kan liknas vid huruvida respondenterna uppfattar frågorna som relevanta eller inte.

I enkätstudien förekommer ett förhållandevis stort internt bortfall på de frågor som behandlade metodernas tillämpning under projektiden. En delförklaring handlar troligtvis om att vissa yrkeskategorier endast arbetat i begränsad omfattning direkt mot klienter. Internbortfallet är ungefär detsamma för samtliga metoder, dock större för CRA än för de övriga vilket möjligtvis kan förklaras av att denna metod kan tänkas vara svår att avgränsa i jämförelse med de andra eftersom CRA består av ett flertal mer eller mindre sammanhängande metoder.

Vårdkedjeprosjektets programteori

Programteorin för Vårdkedjeprosjektet presenteras i figur 1 nedan. I tabell 2 längre fram beskrivs även de frågeteman som är knutna till respektive moment av programteorin.

I figurens överkant finns en avgränsning gentemot den politiska och den högsta verkställande nivån (Regeringsuppdraget och SiS verksamhet) eftersom tyngdpunkten i implementeringsprocessen antas finnas inom ramen för nivåerna "förvaltning" och "slutprestationer". Utvärderingen fokuserar således särskilt på de faktorer och funktioner som finns innanför rutan i figu-



Figur 1. Vårdkedjeprojektets programteori

ren. Det bör framhållas att eftersom utvärderingen inriktar sig på implementeringen av metoderna i projektet ges dessa en central plats i själva utformningen av programteorin. Man skulle annars kunna tänka sig att inkludera klientdimensionen, lägga tonvikten vid utfallet eller vid konstruktionen av fungerade vårdmodeller. Programteorin bör här ses som ett underlag för en jämförelse med den faktiska implementeringsprocessen.

Sett som en process (flöde) beskriver programteorin den tänkta implementeringen av Vårdkedjeprojektet enligt följande: Utifrån regeringsuppdraget till SiS ("insats") omvandlas, genom tillskapande av projektledning, information om projektet, samt utbildning i metoder avsedda att användas i projektet, de resurser som medföljde uppdraget ("förvaltning"). Även samordnarkonstruktionen är en omvandling ("förvaltning") av de resurser som tillförts uppdraget. "Behandlingsplaneringen", i mitten av figur 1, befinner sig i skiljelinjen mellan "förvaltning" och "slutprestationer" eftersom den i viss mån förväntas vara en konsekvens av resultatet av de tidigare nämnda momenten, och även en förutsättning för användandet av dokumentations- och behandlingsmetoderna ("slutprestationerna"). I behandlingsplaneringen avgörs vem som ansvarar för genomförandet av respektive moment i vårdkedjan. Det är dock den "Vårdkedjeansvariga" på respektive institution som är ansvarig för behandlingsplaneringen. I tabell 2 nedan redovisas programteorin med dess delområden och frågeställningar.

Tabell 2. Programteorins områden med tillhörande frågeteman

Projektledning/ Information	Utbildning	Behandlings- planering	Dokumentations- och behandlingsmetoder
Frågeteman Har syftet med projektet varit tydligt? Har information om projektet nått ut till berörda personer? Har det enligt projektdeltagarna funnits en fungerande projektledning? Har det avsatts tillräckligt med tid för projektet på lokal nivå?	Frågeteman Har utbildningarna genomförts som planerat? Hur erfar projektdeltagarna utbildningarnas kvalitet? Har det funnits tillgång till handledning?	Frågeteman Har upprättandet av en behandlingsplan för LVM-vården och eftervården genomförts? Har en uppföljning och revidering av planen gjorts? Har ansvarsfördelningen och arbetsuppgifterna varit tydliggjorda för projektets aktörer?	Frågeteman I vilken utsträckning används de metoder som finns med i projektplanen? Har ansvarsfördelningen och arbetsuppgifterna varit tydliggjorda för projektets aktörer? Hur anser de att den praktiska tillämpningen av metoderna fungerat?

Resultat

I den inledande delen av resultatredovisningen presenteras information om svarsfrekvensen på enkäten samt även bakgrundsdata om projektdeltagarna, såsom yrkestillhörighet, ålder, kön och utbildningsbakgrund. Resultatavsnittet följer samma ordning som den i programteorin (se tabell 2). Ett urval av enkätsvaren är sammanställda i frekvenstabeller men presenteras även i procent och frekvensfördelningar i löpande text. I texten ingår även citat från intervjuerna med samordnarna, samt även ett urval av de kommentarer som deltagarna skrivit i enkäterna. I slutet av resultatdelen presenteras aggregerade jämförelser mellan kommunerna och institutionerna, samt mellan yrkesnivåerna *mellanhänder* och *gräsrotsbyråkrater*. Dessa jämförelser utgår från resultatdelen av de databearbetningar som gjorts med hjälp av Mann-Whitneys test.

Svarsfrekvens

98 av de totalt 127 personerna på listan över projektdeltagare svarade på enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 77 procent. Fördelat per enhet är svarsfrekvensen i antal enkäter följande: Eskilstuna 15 av 25, Katarina Sofia sdf (inklusive Södermalms beroendeteam) 8 av 10, Maria Gamla stan sdf (inklusive Södermalms beroendeteam) 9 av 11, Uppsala kommun 13 av 15, Örebro kommun 7 av 7, Hornö 12 av 17, Runnagården 16 av 23, samt Rällsögården 12 av 12. Svarsfrekvensen är lägst i Eskilstuna kommun med 60 procent svarande och högst i Örebro kommun och Rällsögården med samtliga svarande från listan över deltagare. Samtliga sex samordnare svarade på enkäten. Den sammanlagda svarsfrekvensen på 77 procent får anses vara god. Man kan jämföra resultatet med Babbies (1998) resonemang om att 60 procent och högre i grova drag är en bra svarsfrekvens för en postenkät.

Statistisk beskrivning

Utbildning och kön

Av de svarande är 65 procent kvinnor och 35 procent män. Fördelningen mellan kvinnor och män sett utifrån organisationstillhörighet är förhållandevis jämn, 69 procent kvinnor och 31 procent män inom de kommunala enheterna jämfört med 60 procent kvinnor och 40 procent män inom institutionerna. Av samordnarna är 4 kvinnor och 2 män. På enhetsnivå urskiljer sig Eskilstuna genom att ha en övervägande majoritet kvinnor (13 av 15). En genomgång av personalens utbildningsnivå visar att flest högt utbildade deltagare finns i kommunerna (83 % har en högskoleutbildning på mer än 80 p) jämfört med 50 procent av institutionernas personal.

Ålder och yrke

Hälften av de svarande (51%) är 45 år eller äldre och åldersfördelningen mellan kommunernas och institutionernas personal är jämn. På institutionerna finns dock en något större andel personal som är 34 år eller yngre och i kommunerna en större andel personal med kort anställningstid. Sett till projektdeltagarnas yrkestillhörighet utgör socialsekreterare den största yrkesgruppen med 33 procent. Närmare två tredjedelar (62%) av de svarande från kommunerna utgörs av kategorin socialsekreterare. Behandlingsassistenterna utgör en liknande dominerande grupp av institutionernas personal med 45 procent (18 % av samtliga yrkesgrupper).

Fördelningen av yrkeskategorierna mellan de deltagande enheterna är förhållandevis jämn med en klar majoritet av behandlingsassistenter på samtliga institutioner och ungefär lika många personer i kategorierna "chef institution" och "institution övrigt". Runnagården har dock något fler personer i kategorin "institution övrigt". Denna kategori består av behandlingssekreterare, kurator och terapeut och biträdande avdelningsföreståndare. Eskilstuna och Örebro skiljer sig från de övriga genom att ha lika många eller fler personer i kategorin "kommun övrigt" som i kategorin socialsekreterare. Kategorin "kommun övrigt" består av personal som uppgivit yrkesbenämningar såsom kurator, samtalsbehandlare och processledare.

Erfarenhet av Vårdkedjeklienter

Erfarenheterna av konkret arbete med Vårdkedjeklienter skiljer sig i hög grad mellan kommunerna och institutionerna då en majoritet (67%) av personalen på institutionerna varit konkret involverade i arbetet med en Vårdkedjeklient i fem eller fler fall. Motsvarande siffra för kommunerna är endast 9 procent. Svaren från institutionerna visar ett så gott som identiskt förhållande avseende erfarenheter av arbete med Vårdkedjeklienter. Av tabell 3 framgår vidare att i samtliga kommuner, utom i Örebro och Maria Gamla stan sdf, har en majoritet av de svarande varit konkret involverad i arbetet med en Vårdkedjeklient i 1–2 fall.

Tabell 3. Antal vårdkedjeklienter per anställd. Efter deltagande enhet. (n=79)

Deltagande enhet	Antal VKP-klienter				Totalt
	Fem eller fler	3-4	1-2	Inga	
Maria Gamla stan sdf	2	2	4	-	8
Katarina Sofia sdf	1	-	4	-	5
SBT*	-	2	2	-	4
Örebro kommun	1	1	2	2	6
Uppsala kommun	-	3	7	2	12
Eskilstuna kommun	-	2	6	3	11
Runnagården	6	1	1	-	8
Rällsögården	6	-	2	1	9
Hornö	6	1	2	1	10
Samordnare	6	-	-	-	6
Totalt	28	12	30	9	79

* Södermalms beroendeteam.

Projektledning och information

En majoritet av de svarande (80 %) anser att informationen varit tydlig och tillräcklig för att kunna utföra ett bra arbete. På enhetsnivå är det endast i Maria Gamla stan sdf som en majoritet av personalen (3 av 5) uppger att informationen varit ganska otydlig (5 av 6 menar dock att informationen varit tillräcklig för att utföra ett bra arbete). Även syftet med projektet tycks ha varit klart för de flesta; två tredjedelar av samtliga svarande uppger att de varit mycket eller ganska väl informerade om syftet när de gick med i projektet. Personalens uppfattning skiljer sig här inte nämnvärt mellan enheterna. När det gäller möjligheterna att realisera syftet skiljer sig dock personalen i Maria Gamla stan sdf från de övriga enheterna i och med att hälften av de svarande (3 av 6) uppger att detta inte är särskilt realistiskt.

Hindrande faktorer

På Runnagården och Hornö uppger hälften av de svarande att de inte haft tillräckligt med tid för projektet. På Rällsögården anger endast 2 av 11 att så är fallet. Av kommunerna är det i Eskilstuna (6 av 14) och i Katarina Sofia sdf (4 av 11) som en förhållandevis stor andel av personalen inte anser sig ha haft tillräckligt med tid. En majoritet av personalen från de övriga kommunala enheterna anser att de haft tillräckligt med tid för projektet. Bristande resurser i form av låg bemanning tycks främst ha utgjort ett hinder för personalen på Hornö, där närmare tre fjärdedelar (73 %) av personalen uppger att låg bemanning varit ett hinder i arbetet. Även på Runnagården anser en relativt stor andel av personalen (47 %) att låg bemanning inverkat hindrande.

Drygt hälften av samtliga svarande uppger att andra arbetsuppgifter inverkat hindrande på arbetet i Vårdkedjeprojektet, vilket illustreras av tabell 4. På Hornö och Runnagården uppger 9 av 11, respektive 13 av 15 svarande,

att de känt sig hindrade av andra arbetsuppgifter. Av kommunerna är det främst i Eskilstuna (8 av 15) och i Uppsala (6 av 13) som personalen uppger att andra arbetsuppgifter inverkat hindrande. Noterbart är att även 3 av de 6 samordnarna (Örebro, Uppsala och Katarina Sofia) uppger motsvarande åsikt.

Tabell 4. Hindrande inverkan av andra arbetsuppgifter. Efter deltagande enhet. (n=88)

Deltagande enhet	Mycket starkt	Ganska starkt	Inte särskilt starkt	Inte alls starkt	Totalt
Maria Gamla stan sdf	1	-	1	3	5
Katarina Sofia sdf	-	2	1	1	4
SBT	-	1	1	2	4
Örebro kommun	1	1	1	2	5
Uppsala kommun	1	5	4	3	13
Eskilstuna kommun	6	2	5	2	15
Runnagården	7	6	1	1	15
Rällsögården	2	3	3	2	10
Hornö	4	5	2	-	11
Samordnare	2	1	2	1	6
Totalt	24	26	21	17	88

Konkurrerande projekt

Närmare hälften av de svarande har under projekttiden samtidigt medverkat i andra projekt. Av dessa uppger drygt en tredjedel (38%) att det funnits konkurrens om tid och intresse mellan projekten (n= 56). Exempelvis har 6 av 9 personer på Hornö erfarit detta. Av de kommunala enheterna är det i Maria Gamla stan sdf som flest personer upplevt konkurrens om tid och intresse mellan de olika projekten (3 av 6).

I Katarina Sofia sdf samt i Eskilstuna kommun tycks andra förhållanden såsom personalbyten och omorganisationer påverkat arbetet i VKP för några av deltagarna:

En stor omorganisation har pågått under VKP-tiden vilket försvårat för samordnare och socialtjänst (...) Omorganisationen har gjort att ny personal kommit in i arbetet med VKP. Mycket återkommande information om VKP har varit nödvändigt.

Krävs energi att bryta gamla mönster och öka användandet. Pga av omorganisation, flytt m m är energinivån ganska låg.

Framförallt första året var det hög personalomsättning på enheten; omorganisation, nya chefer etc.

Samordnarna

Av samordnarna menar de flesta att förväntningarna i huvudsak överensstämmer med det faktiska innehållet i tjänsten. Samordnarna i de båda Stockholms-

stadsdelarna skiljer sig här något i jämförelse med de övriga. Deras arbetsuppgifter verkar, åtminstone inledningsvis, ha påverkats av det låga antalet omhändertaganden enligt LVM:

Det blev mer arbete på olika nivåer än vad jag trodde (...) Mer administrativt eftersom vi haft så få LVM.

Samordnarrollen formas först när man börjat arbeta med klienter.

De båda samordnarna som är eller har varit knutna till Örebro kommun betonar främst hur de av Vårdkedjeprojektet berörda inom kommunen tycks ha varit förberedda och positivt inställda till projektet:

Även om man läser samma info så tolkar man det på olika sätt. Men sammantaget har det ändå gått förvånansvärt bra. De chefer som var med från början var engagerade och deras chefer i sin tur tog det på allvar.

I Örebro så är 'soc' positivt inställda till projektet och de är inställda på att det krävs en del insatser. På ekonomisidan är de inte riktigt lika med på tåget.

I grova drag framstår rollen som samordnare som tydlig i förhållande till de institutioner som ingår i projektet. Så gott som samtliga samordnare framhåller dock att samarbetet skiljt sig åt mellan de olika institutionerna. Det kan exempelvis handla om att hålla överenskomna tider och att genomföra ASI. Behandlingsambitionerna på institutionerna uppfattas också av flera samordnare som olika höga:

De är väldigt olika varandra i ledarskap, i delegation och hur man uppfattar uppdraget. Det gällde att anpassa sig och läsa av. Rällsö hade en väldig struktur och Hornö var lite mer hej och hå och Runna lite mitt i mellan. Det var väldigt olika traditioner. Jag kan dock inte säga att det ena eller det andra sättet var bättre än det andra. Det handlar ju mer om vad man står ut med själv, så för mig som samordnare var det mer att förstå att de har olika traditioner.

Utbildning

I projektets inledningsfas avsattes mycket tid åt utbildning i de metoder som var avsedda att användas i arbetet med VKP-klienterna. Några erfarenheter av detta illustreras av citat från två av samordnarna nedan:

CRA-utbildningen kom för sent. Vissa institutioner är mindre positiva till att göra CRA på grund av tidsbrist.

Det har blivit ett glapp mellan utbildning och genomförande. CRA kom in alldeles för sent.

I samordnarnas berättelser ingår även beskrivningar av hur institutionerna i projektet har kommit olika långt med att tillämpa de metoder som ingår i projektet. Detta tycks i synnerhet gälla för CRA och MAPS.

Att utbildningen i metoderna skedde gemensamt med andra institutioner och kommuner verkar ha upplevts positivt av ett flertal deltagare. På så vis gavs möjligheter att bekanta sig med övriga projektmedarbetare. I likhet med citaten från samordnarna ovan, fanns det i enkäterna kommentarer om hur utbildningarnas tidsmässiga placering i projektet inverkat hindrande på arbetet med klienter, d v s att tillämpningen av metoderna i vissa avseenden blivit lidande av utbildningarnas tidsmässiga placering.

Utbildningarna har varit bra men det tog alldeles för lång tid för oss som skall arbeta med metoderna att få denna utbildning.

Man körde ganska hårt med utbildningar i början, vilket gjorde att man inte hann med klienterna i samma utsträckning.

Den huvudsakliga uppfattningen tycks vara att utbildningarnas kvalitet varit bra. Här kan man dock se vissa skillnader mellan de olika utbildningarna. Av de deltagare som genomgått CRA-utbildningen inom ramen för VKP anser en tredjedel (31%) att kvaliteten inte varit tillfredsställande (n= 41). Av deltagarna, som i VKP:s regi genomgått utbildning i ASI anser endast 9 procent att kvaliteten på utbildningen inte varit tillfredsställande (n=35).

Svaren på frågorna om tillgången på handledning visar en något varierad bild beroende på vilken metod som avses. Så gott som samtliga svarande anser sig ha fått tillräcklig handledning i CRA. Endast var tionde menar att handledningen inte varit tillräcklig (n=29). Även vad gäller MI är de svarande i huvudsak tillfreds med tillgången till handledning. Nästan en fjärdedel (24%) av de personer som använt sig av MI anser sig dock inte fått tillräckligt med handledning (n=54).

Liknande siffror visar sig för ASI av vilka 22 procent inte anser sig fått tillräckligt med handledning (n=49). ÅP är den metod som flest svarande (41%) uppger sig vara missnöjda med handledningen (n=27). Här framkommer dock vissa skillnader i uppfattning beroende på om den svarande är personal från institution eller kommun. Fler svarande från kommunerna anser sig inte ha fått tillräckligt med handledning i ASI och ÅP.

Behandlingsplanering

Inom ramen för LVM-vården förefaller behandlingsplaner ha upprättats i de flesta fall. Av den personal som deltagit i behandlingsplaneringen är det endast två svarande som uppger att det inte i något fall upprättats en behandlingsplan. Samtliga samordnare menar att den så kallade "Vårdkedjehandboken" i huvudsak har tillämpats såsom projektplanen föreskrev. Det tycks dock ha dröjt innan denna var utformad och upprättad som arbetsdokument fullt ut. Av förklarliga skäl tycks det även ha skett en viss anpassning utifrån de aktuella fallens olika praktiska förutsättningar. I samband med övergången från LVM-vård till eftervård tycks man dock i vissa fall ha missat att revidera behand-

lingsplanen. 22 procent av de svarande som deltagit i behandlingsplaneringen uppger att en revidering av behandlingsplanen inte gjorts i något eller i flera av fallen (n=55). I några av enkäterna förekommer kommentarer som handlar om oklarheter i ansvarsfrågor kopplade till behandlingsplaneringen:

Under institutionstiden behövs tydligare ansvar vem som skall sammankalla till möten för att skriva behandlingsplan. (...) Samarbetet och kommunikationen inom en del av institutionerna kunde fungera bättre – VKP inte alltid en prioriterad arbetsuppgift. Ses som en extra arbetsuppgift.

En institution har varit dålig på att hålla ordning på de överenskommelser som gäller. Det måste sprida sig på avdelningarna (...) Jag kan inte förstå varför det skall vara så svårt.

Det tycks även ha funnits en del oklarheter gällande vem som skall utföra CRA och när i vårdkedjan som detta skall inledas (tabell 5). I § 27-vården uppger 39 procent av samtliga svarande att det inte är klart vem som ansvarar för att ge CRA i detta moment av vårdkedjan. Av kommunerna framgår dessa oklarheter i ansvarsfördelningen i synnerhet för Eskilstuna och Uppsala. Av institutionerna är det personalen på Runnagården som är minst klar över ansvarsfördelningen.

Tabell 5. Har det varit klart vem som ansvarar för att genomföra CRA. (n=90)

Deltagande enhet	Ja, absolut	Ja, i stort sett	Nej, inte fullt ut	Nej, inte alls	Totalt
Maria Gamla stan sdf	-	3	2	1	6
Katarina Sofia sdf	4	1	-	-	5
SBT	-	3	-	-	3
Örebro kommun	-	3	1	1	5
Uppsala kommun	3	3	5	1	12
Eskilstuna kommun	2	6	4	2	14
Runnagården	3	5	4	3	15
Rällsögården	2	7	1	2	12
Hornö	2	3	7	-	12
Samordnare	3	2	1	-	6
Totalt	19	36	25	10	90

När det gäller dokumentationsmetoderna verkar de inblandade ha mer klart för sig vem som skall göra vad. Endast 18 procent uppger att det inte fullt ut, alternativt inte alls, varit klart vem som skall utföra ASI (inom slutenvården). Ansvarsfördelning för MAPS verkar dock ha varit mindre tydlig då ungefär en tredjedel av de svarande (35%) menar att ansvarsfördelningen varit oklar.

Eftervården

Även i eftervården tycks det råda vissa oklarheter kring vem som skall göra vad av de inblandade parterna. Exempelvis är det oklart för en relativt stor andel vem som ansvarar för att en revidering av behandlingsplanen/överenskommelsen genomförs (33%). Ungefär samma förhållande visar sig för CRA med 41 procent som anser att det är oklart vem som ansvarar för att genomföra CRA under eftervården. Även ASI förefaller ha genererat vissa oklarheter avseende ansvarsfrågan. En stor andel av de svarande (45%) anser att det inte är klart vem som ansvarar för att genomföra Uppföljnings-ASI under eftervården. Av kommunerna verkar ansvarsfördelningen ha varit mest oklar i Uppsala där 9 av 12 anser att det inte fullt ut alternativt inte alls varit tydligt vem som ansvarar för att genomföra Uppföljnings-ASI. På Södermalms beroendeteam anger 4 av de 6 svarande samma uppfattning.

Dokumentations- och behandlingsmetoder

Dokumentationsmetoderna

Vad gäller användningen av dokumentationsmetoder uppger över hälften (55%) av samtliga svarande att de använt sig av ASI i mycket eller i ganska stor utsträckning (n=68). Av tabell 6 framgår att en stor andel (80%) av de svarande från institutionerna säger sig ha använt ASI i mycket eller ganska stor utsträckning. Här förekommer inga stora skillnader mellan institutionerna. Motsvarande siffra för kommunerna är 38 procent. Av kommunerna urskiljer sig Uppsala där 9 av 10 svarande uppger att de inte alls eller i liten utsträckning har använt sig av ASI. Här tycks användningen av ASI istället vara koncentrerad till samordnaren. Ett motsatt förhållande kan ses i Örebro kommun där 5 av 6 svarande säger sig ha använt metoden i mycket stor eller i stor utsträckning.

Tabell 6. I vilken utsträckning har du använt dig av ASI? (n=68)

Deltagande enhet	I mycket stor utsträckning	I ganska stor utsträckning	I liten utsträckning	Inte alls	Totalt
Maria Gamla stan sdf	-	3	1	3	7
Katarina Sofia sdf	-	1	2	2	5
SBT	-	4	-	-	4
Örebro kommun	2	2	-	1	5
Uppsala kommun	-	1	2	6	9
Eskilstuna kommun	-	1	2	6	8
Runnagården	2	5	-	1	8
Rällsögården	5	3	1	1	10
Hornö	3	2	-	2	7
Samordnare	2	1	2	-	5
Totalt	16	22	10	20	68

På frågan om vilken praktisk nytta användandet av ASI medfört anser 81 procent av den svarande personalen från institutionerna att de haft mycket stor eller stor praktisk nytta av metoden. Av kommunernas personal anser sig närmare hälften (47%) ha haft mycket stor eller stor praktiskt nytta av ASI. 44 procent uppger dock att de inte använt sig av ASI. Vidare anser samtliga samordnare att användandet av ASI medfört mycket stor eller stor praktisk nytta (n=67).

När det gäller de svarandes syn på möjligheterna att, inom ramen för Vårdkedjeprojektet, tillämpa dokumentationsmetoderna på sina arbetsplatser anser 75 procent att dessa är mycket goda eller goda avseende ASI. Svarsfördelningen skiljer sig här endast marginellt mellan personal i kommunerna respektive på institutionerna. En av samordnarna (Eskilstuna) menar att möjligheterna inte har varit särskilt goda. De övriga fyra svarande menar att möjligheterna varit mycket goda eller goda (n=69). Bland enkätkommentarerna fanns även en del beskrivningar om hur vissa klienters svåra psykiska tillstånd medfört svårigheter att använda sig av metoderna:

Jag jobbar med mycket svårt sjuka kvinnor – dubbeldiagnoser. Ofta är det inte möjligt att använda sig av metoderna. Det skapar stress att känna trycket att genomföra ASI, CRA, m m (...).

Många av klienterna har ett alltför avancerat missbruk. Svårt för dem att ta det till sig och vara motiverade.

MAPS har i princip endast använts, i någon större utsträckning, av Rällsögårdens personal där 7 av 10 säger sig ha använt metoden i mycket stor utsträckning. Av samordnarna är det endast samordnaren i Örebro som har använt MAPS i stor eller i ganska stor utsträckning. Av de svarande från institutionerna anser hälften (48%) att de haft mycket stor eller stor praktisk nytta av MAPS; en klar majoritet (8 av 12) av denna grupp utgörs av personal från Rällsögården. Två av de tre samordnare som använt sig av MAPS menar att de haft ganska stor praktisk nytta av metoden. I kommunerna uppger endast 5 av 26 personer att de använt MAPS och av dessa anser 4 att de inte haft särskilt stor eller ingen nytta alls av metoden.

Av de svarande från institutionerna menar en majoritet att möjligheterna att tillämpa MAPS inom den egna verksamheten är mycket goda eller goda (16 av de 22 uppger detta). Här bör noteras att 10 av dessa 16 utgörs av personal från Rällsögården. Av samordnarna anser 4 av 6 att möjligheterna att tillämpa MAPS har varit mycket goda eller goda. Två samordnare (Uppsala och Örebro) uppger vidare att möjligheterna att tillämpa MAPS inte har varit särskilt goda.

Behandlingsmetoderna

För behandlingsmetoderna visar resultaten att CRA har använts i begränsad utsträckning. 57 procent av de svarande uppger att de inte använt CRA överhuvudtaget (n=61) och 38 procent av de deltagare som genomgått utbildning i metoden uppger att de använt metoden i mycket eller ganska stor utsträckning (n=37). Avseende MI uppger däremot 59 procent av samtliga svarande att de använt metoden i mycket stor eller i ganska stor utsträckning (n=70). Vidare uppger en stor andel (72%) av dem som utbildats i MI att de använt MI i mycket stor eller i stor utsträckning (n=64). Av tabell 7 framgår att, utöver samordnarna, är Hornö och Rällsögården de verksamheter som i störst utsträckning uppger sig ha använt MI. 9 av 11 svarande från Hornö, respektive 6 av 9 från Rällsögården, säger sig ha använt MI i mycket stor eller stor utsträckning.

Tabell 7. I vilken utsträckning har du använt dig av MI? (n=71)

Deltagande enhet	I mycket stor utsträckning	I ganska stor utsträckning	I liten utsträckning	Inte alls	Totalt
Maria Gamla stan sdf	1	2	1	2	6
Katarina Sofia sdf	1	-	1	3	5
SBT	1	2	2	-	5
Örebro kommun	1	3	-	1	5
Uppsala kommun	1	2	2	4	9
Eskilstuna kommun	1	-	-	4	5
Runnagården	2	4	2	2	10
Rällsögården	6	-	-	3	9
Hornö	5	4	1	1	11
Samordnare	5	1	-	-	6
Totalt	24	18	9	20	71

CRA tycks, till skillnad från MI, i större utsträckning ha använts av kommunernas personal än av personalen på institutionerna. Södermalms beroendeteam är den enhet som uppger sig ha använt CRA i störst utsträckning (4 av 5 har använt metoden i ganska stor utsträckning). I övrigt är det i Örebro och i Uppsala som fler än en svarande uppger att de använt CRA i någon större utsträckning. Av samordnarna uppger 3 av 6 att de använt CRA i ganska stor utsträckning.

ÅP har i likhet med MAPS framförallt använts av Rällsögårdens personal, bland vilka 4 av 9 svarande uppger sig ha använt ÅP i mycket stor utsträckning. Av de övriga enheterna är det endast de svarande från Södermalms beroendeteam och Örebro kommun (2 i vardera) där fler än en svarande uppger sig ha använt ÅP annat än i liten utsträckning.

När det gäller svarspersonernas syn på möjligheterna att tillämpa behandlingsmetoderna på sina arbetsplatser är MI den metod som anses ha störst

tillämpbarhet, 79 procent av de svarande anser att möjligheterna att tillämpa MI är mycket goda eller goda (n=71). Motsvarande siffra för CRA är 57 procent (n=63) och för ÅP 61 procent (n=62). Denna uppfattning gäller i ungefär samma utsträckning bland kommunernas och institutionernas personal.

Vad gäller metodernas praktiska nytta menar 75 procent av dem som använt sig av CRA att de haft mycket eller ganska stor nytta av metoden (n=28). Samtliga samordnare uppger motsvarande åsikt. Synen på ÅP är i princip identisk (74%, n=27). Samordnarna i Katarina Sofia sdf och i Uppsala anser dock att metoden inte inneburit särskilt stor praktiskt nytta (Katarina Sofia) respektive inte alls någon praktisk nytta (Uppsala). Så gott som alla (96%) som använt sig av MI menar att de haft mycket stor eller stor praktisk nytta av metoden (n=50).

Jämförelser mellan kommuner och institutioner

Av personalen från institutionerna uppger drygt hälften (53%) att låg bemanning inverkat hindrande på arbetet i VKP. Motsvarande siffra för kommunerna är 20 procent (n= 81, $p < 0.001$). Dessa skillnader i uppfattning illustreras i tabell 8. Även i fråga om andra arbetsuppgifters hindrande inverkan skiljer sig uppfattningen mellan kommunernas och institutionernas personal. En stor andel (75%) av personalen från institutionerna upplever att andra arbetsuppgifter inverkat hindrande. Av personalen från kommunerna uppger 44 procent att så är fallet (n=81, $p < 0.01$).

Tabell 8. I vilken utsträckning har låg bemanning inverkat hindrande på ditt arbete i VKP? (n=81)

Organisation	Mycket starkt	Ganska starkt	Inte särskilt starkt	Inte alls	Totalt
Kommuner	-	9	11	25	45
Institutioner	3	16	11	6	36
Totalt	3	25	22	31	81

Ansvarsfördelningen för de olika momenten i vårdkedjan tycks ha varit klarare för institutionspersonalen jämfört med de svarande från kommunerna. Av förklarliga skäl har ansvarsfördelningen för de behandlingsmoment som förekommer inom slutenvården upplevts som mer tydlig av institutionernas personal. Värt att notera är dock att moment som legat mer i gränslandet mellan slutenvård och eftervård, såsom revidering av behandlingsplanen/överenskommelsen, upplevts som otydligare för kommunernas personal, vad gäller ansvarsfrågan, än för institutionspersonalen. Endast 17 procent av de svarande från kommunerna anser att detta varit absolut klart, jämfört med 44 procent av de svarande från institutionerna (n= 85, $p < 0.05$).

Graden av metodanvändning är ett annat område som påvisar skillnader mellan de kommunala enheterna och institutionerna. Exempelvis har ASI, liksom MI (de mest spridda metoderna), i större utsträckning använts av personal från institutionerna. ASI uppges ha använts i mycket stor utsträckning av 40 procent av de svarande från institutionerna; endast 11 procent av kommunernas personal uppger motsvarande förhållande (n=62, p=0.001). För MI uppges 43 procent av de svarande från institutionerna att de använt metoden i mycket stor utsträckning jämfört med 18 procent av kommunernas personal (n=64, p=0.013).

Resultaten visar även en signifikant skillnad i uppfattningen av den praktiska nytta som ASI inneburit för arbetet i VKP. 30 procent av de svarande från kommunerna ansåg sig haft mycket stor nytta av ASI, vilket kan jämföras med 77 procent av de svarande från institutionerna (n= 62, p<0.001). Kommunernas personal har även i större utsträckning erfarit att de inte haft tillräckligt med handledning i ASI. 39 procent av de svarande från kommunerna anser att så inte är fallet jämfört med 10 procent från institutionerna (n=63, p=0.013).

Jämförelser mellan gräsrotsbyråkrater och mellanhänder

Jämförelser mellan projektdeltagarna baserat på vilken befattning vederbörande har, det vill säga å ena sidan behandlingsassistenter och socialsekreterare, *gräsrotsbyråkrater*, å andra sidan personer på chefsnivå, *mellanhänder* (enhetschefer i kommun, avdelningschefer på institution, samt institutionschefer), visar att personer på chefsnivå ser det som något viktigare att uppnå projektets syfte. Exempelvis anser 90 procent av de svarande i kategorin *mellanhänder* att det är mycket viktigt att uppnå syftet med projektet, jämfört med 64 procent av *gräsrotsbyråkraterna* (n=63, p<0.05). Ett liknande förhållande avtecknar sig gällande uppfattningen om i vilken grad de svarande anser sig informerade om syftet med projektet. Av tabell 9 framgår att en stor andel (63 %) av personerna i kategorin *mellanhänder* anser sig vara mycket väl informerade om projektets syfte. Av *gräsrotsbyråkraterna* svarar endast 20 procent att de är mycket väl informerade om syftet (n=69, p<0.001).

Tabell 9. Hur väl informerad anser du dig i dag vara om syftet med VKP? (n=69)

Yrkeskategori	Mycket väl informerad	Ganska väl informerad	Inte särskilt informerad	Frågan ej relevant	Totalt
Gräsrotsbyråkrater	10	31	8	1	50
Mellanhänder	12	7	-	-	19
Totalt	22	38	8	1	69

Skillnader finns även i synen på hur pass tydlig ansvarsfördelningen varit avseende de behandlingsmoment som ingår i vårdkedjan. Som ett exempel kan nämnas att de flesta av *mellanhänderna* (74 %) anser det som absolut klart vem som ansvarar för att genomföra ASI i slutenvården. Motsvarande siffra för *gräsrotsbyråkraterna* är 39 procent (n=68, p=0.016). Liknande skillnader finns exempelvis även för Uppföljnings-ASI, som skall genomföras under eftervården, samt för den korta behandlingsplanen i slutenvården och avseende vem som ansvarar för uppföljning av behandlingsplan under § 27-vistelsen.

Sammanfattning

I stycket som följer presenteras resultaten i huvuddrag. I det analys- och diskussionsavsnitt som därefter följer görs en mer fördjupad och detaljerad genomgång av utvärderingens resultat.

Information och utbildning

På en övergripande nivå tycks projektdeltagarna anse att informationstillgången i anslutning till projektet varit tillfredsställande. I allmänhet anser även projektdeltagarna att kvaliteten på utbildningarna och handledningen varit god. Utbildningarna i de metoder som var avsedda för projektet genomfördes dock först efter projektstarten. En konsekvens av detta tycks vara att utbildningarna gavs ett alltför stort utrymme under den första delen av projektet.

Syftet med projektet

Resultaten påvisar vissa skillnader avseende den betydelse som projektdeltagarna tillskriver projektets syfte. Fler personer på chefsnivå inklusive deltagarna i projektgrupperna (*mellanhänder*), ser det som mycket viktigt att uppnå syftet med projektet, jämfört med behandlingsassistenter och socialsekreterare (*gräsrotsbyråkrater*). Dessa olikheter finns även gällande i vilken grad de svarande anser sig informerade om syftet med projektet.

Behandlingsplanering och metodanvändning

Behandlingsplaneringen tycks överlag ha skett i enlighet med projektplanen och Vårdkedjehandboken. En viss osäkerhet visar sig dock kring ansvarsfördelningen avseende vissa moment/metoder i vårdkedjan. Ansvarsfördelningen förefaller i detta fall vara tydligare för institutionspersonalen jämfört med personalen i kommunerna. Resultaten tyder även på att såväl ASI som MI (de mest använda metoderna) i större utsträckning har använts av institutionernas personal. Av kommunerna är det främst personalen från Södermalms beroendeteam och Örebro kommun som uppger sig använt ASI i stor utsträckning. MAPS har i princip endast använts av Rällsögårdens personal. En stor del av de svarande säger sig dock ha använt sig av MI. ÅP har i viss utsträckning använts av personal från Rällsögården samt av ett fåtal från Södermalms

beroendeteam och Örebro kommun. I den mån CRA har använts tycks detta i större utsträckning ha skett bland kommunernas personal.

Hindrande faktorer

Låg bemanning förefaller främst ha utgjort ett hinder på Hornö och Rällsögården. En majoritet av projektdeltagarna, inklusive samordnarna i Örebro, Uppsala och Katarina Sofia sdf, anser dock att andra arbetsuppgifter har inverkat hindrande på arbetet i Vårdkedjeprojektet. En stor andel av de projektdeltagare som medverkat i andra projekt än Vårdkedjeprojektet har erfarenhet av konkurrens om tid och intresse mellan projekten. Av institutionerna är det på Runnagården och Hornö där personalen anser att tidsbrist utgjort ett hinder i arbetet med Vårdkedjeprojektet. En majoritet av personalen från kommunerna anser att tiden för projektet varit fullt tillräcklig. I Katarina Sofia sdf och i Eskilstuna kommun uppger dock en förhållandevis stor andel att tidsbrist utgjort ett hinder för arbetet med VKP.

Analys och Diskussion

I avsnittets inledande del analyseras själva implementeringsprocessen i relation till programteorin för Vårdkedjeprojektet. Som tidigare nämnts finns det även anledning att beakta några andra faktorer kopplade till implementeringens förutsättningar. Dessa förhållanden diskuteras i den andra delen av avsnittet utifrån begrepp hämtade från Vedungs (1998) teori om offentliga insatsers resultat.

Programteorins genomförande

I projektets inledningsfas avsattes mycket tid åt utbildning i de metoder som var avsedda för projektet. Av intervjuerna med samordnarna och vid besöken på institutionerna framkom även synpunkter som handlade om att "fel personer" utbildats i projektets inledning. Med fel personer avses här personal som inte skulle komma att bli involverade i arbetet med Vårdkedjeklienter. Flera projektdeltagare tycks uppfatta CRA som en otydlig metod, vilket kan vara en delförklaring till den begränsade användningen. Detta förhållande är i linje med forskning som visar att en alltför tekniskt komplicerad och/eller otydlig metod kan resultera i en låg tillämpning av metoden (jfr Alexandersson, 2006). En del av de svarande har även erfarenhet av att mängden metoder skapat viss förvirring, vilket i sin tur kan tänkas ha betydelse för graden av metodanvändning.

Ingen av de deltagande verksamheterna använde sig av CRA i sin ordinarie verksamhet före projektstarten. Det fanns däremot ett antal projektdeltagare som redan innan projektet initierades, var utbildade i några av de övriga metoderna i projektet (ASI och MI i synnerhet). MI var exempelvis en integrerad del av den behandling som gavs vid Hornö redan före projektstarten. På Hornö fick lika många ur personalen utbildning i CRA som i MI (i projektets

regi); trots detta var det ingen som använt sig av CRA i stor eller i ganska stor utsträckning. Nio av elva av de svarande uppgav däremot att de använt MI i mycket stor eller i ganska stor utsträckning. Rällsögården är ett annat exempel på hur metodanvändningen i projektet verkar vara knuten till om metoden förekommit i verksamheten redan innan projektstarten. Rällsögårdens personal hade erfarenhet av såväl ASI, MAPS som av MI. Av resultaten framgår också att dessa metoder använts i stor utsträckning av Rällsögårdens personal. Dessa exempel går att koppla till forskning som pekar på att graden av metodanvändning tycks öka i utsträckning om metoden sedan tidigare utgjort en integrerad del av behandlingen.

I Uppsala kommun tycks det inte ha varit klart från början att CRA skulle användas även av socialtjänstens personal. En majoritet av de svarande från Uppsala anger också oklarheter i arbetsfördelning som ett hinder i arbetet med Vårdkedjeprojektet. Riktlinjerna för tillämpningen av ASI/MAPS var också nästintill obefintliga i den första versionen av Vårdkedjehandboken. Först i en version daterad 15/12 -05 finns det mer utförliga riktlinjer. Även i denna version finns dock vissa oklarheter kring vem som exempelvis skall göra Uppföljnings-ASI. Ansvarsfördelningen mellan institution, kommun och samordnare har inte varit helt tydlig för vissa av deltagarna i projektet. För dessa personer har det varit oklart när i vårdkedjan CRA skall påbörjas, samt vem som skall utföra arbetet. Man bör dock vara försiktig med att övertolka dessa oklarheter. Det som i en generell mening kan uppfattas vara oklart behöver inte vara oklart för de personer som medverkat i behandlingsplanering för en viss klient.

Personal från institutionerna uppger i högre grad än kommunernas personal att låg bemanning och andra arbetsuppgifter inverkat hindrande på arbetet i VKP. Däremot har ansvarsfördelningen för de olika momenten i vårdkedjan varit klarare för institutionspersonalen jämfört med de svarande från kommunerna. Även behandlingsmoment såsom revidering av behandlingsplan/överenskommelsen har upplevts som mindre klart för kommunernas personal. Här bör dock framhållas att utvärderingens tidsmässiga placering får konsekvenser för vilka slutsatser som går att dra av dessa resultat. De flesta av klienterna var fortfarande inom institutionsvård vid tidpunkten för utvärderingen. På grund av detta ges metodernas tillämpning under klienternas eftervård troligen inte en helt rättvis bild. Detta gäller även de skillnader i synen på den praktiska nytta som ASI inneburit för arbetet i VKP, där en större andel av institutionernas personal ansåg sig haft praktisk nytta av metoden.

I Uppsala och Örebro har antalet LVM-placerade varit stort, vilket bör ha gett goda förutsättningar för att upprätta en fungerande arbetsgång i relation till de deltagande LVM-institutionerna. Av kommunerna förefaller även Örebro kommun (trots byte av samordnare) verkat under lägst kontextuell osäkerhet (jfr Johansson, 2004). Vid en analys av de deltagande institutioner-

nas "kontextuella osäkerhet" framstår Rällsögården som den institution som verkat under lägst "kontextuell osäkerhet" vilket enligt resultaten av tidigare forskning är en faktor som inverkar främjande för implementeringsutfallet. Det går även att tolka detta som en förklaring till den totalt sett högre graden av metoanvändning på Rällsögården.

Skiftande organisatoriska förutsättningar har således påverkat implementeringen av Vårdkedjeprojektet. I stadsdelen Katarina Sofia har det under projektidens gång genomförts tre chefsbyten och 90 procent av personalstyrkan har bytts ut sedan projektstarten (enligt samordnaren). Även i Eskilstuna har mer eller mindre omfattande omorganisationer skett. Antalet LVM-placerade klienter i de båda stadsdelarna i Stockholm har varit få vilket, åtminstone inledningsvis, tycks ha lett till att man inte fått upp någon rutin i arbetsgången. Av kommunerna är det just i dessa enheter, och därefter i Eskilstuna kommun, som personalen i minst utsträckning säger sig ha använt CRA i arbetet med Vårdkedjeklienter. De lokala förutsättningarna för implementeringen tycks här ha påverkats av en hög kontextuell osäkerhet.

Utan en närmare analys visar sig de flesta av projektdeltagarna anse att informationen varit tillräcklig för att utföra ett bra arbete. På denna punkt skiljer sig dock uppfattningen mellan å ena sidan socialsekreterare och behandlingsassistenter, *gräsrotsbyråkrater*, å andra sidan *mellanhänder* (personer i chefsställning), genom att de förra har en otydligare bild av syftet med projektet. *Gräsrotsbyråkraterna*, vilka för övrigt haft fler kontakter med vårdkedjeklienter, upplever alltså en större oklarhet kring projektets syfte och ansvarsfördelning mellan de olika momenten i vårdkedjeprocessen. En förklaring till dessa skillnader kan handla om de förhållanden som nedan berörs vidare under rubriken "insatsens historiska bakgrund". Föga anmärkningsvärt tycks personer i, eller i nära anslutning till projektorganisationen haft en tydligare bild av projektet jämfört med personer längre ut i organisationerna.

Perspektiv på implementeringens förutsättningar

Insatsens historiska bakgrund

Det finns olika sätt att beskriva vad som skiljer ett projekt från ordinarie verksamhet. En vanlig distinktion handlar om hur projektets målformuleringar, i relation till projektplanen, utgör en grund för en organisatoriskt och tidsmässigt avgränsad verksamhet (jfr "målrationalt projekt", Sahlin, 1996). Inte sällan skiljer sig projektets "verkliga" genomförande från denna definition och får då istället karaktären av en "förändringsprocess" (Sahlin, a.a.). Vårdkedjeprojektet kan ses som en kombination av dessa två projektformer. Det finns i projektplanen och i regeringsuppdraget tydliga drag av försöksverksamhet med formuleringar som "att pröva och utveckla". Andra förhållanden som är i linje med definitionen av försöksverksamhet är att projektet har förlängts tidsmässigt och även genomgått en viss organisatorisk förändring genom att även inkludera Enheten för hemlösa. Projektplanen innehåller dock även

beskrivningar av projektets målsättningar samt en redogörelse för hur genomförande och ansvarsfördelning skall leda till att målsättningarna uppnås. Man kan utifrån denna senare beskrivning även se ett tydligt målrationellt inslag. Vårdkedjeprojektet är således ett projekt av "hybridkaraktär", d v s ett försöksprojekt med inslag av målrationellitet.

I utformningen av Vårdkedjeprojektet inkluderades representanter från de deltagande enheterna, bland annat i form av arbetsgrupp, styrgrupp och SiS projektgrupp. Det förefaller dock som om själva förankringsfasen var påverkad av den snäva tidsram som rådde i processen från politiskt beslut till insatsens utformning. Regeringsuppdraget kom i slutet av december 2003 och projektplanen överlämnades till regeringen i slutet av mars 2004 och projektets förberedelsefas sträckte sig från april till juni 2004. En majoritet av utbildningarna i projektet gavs dock först under hösten 2004 och våren 2005. Forskning tyder på att utfallet av en implementering påverkas av i vilken grad berörda från samtliga nivåer (ex. chefer, mellanchefer, behandlare/handläggare) ges möjlighet att påverka processen (se ex. Alexandersson, 2006). I Vårdkedjeprojektets fall kan man anta att personer på handläggare-/behandlarnivån inte fullt ut engagerades i projektets förankringsmoment. En anledning till detta kan handla om det pressade tidsschema som rådde vid projektstarten.

Av utvärderingens resultat framgår att de personer, som i utvärderingen kategoriserats som *mellanhänder*, har en klar bild över syftet med projektet och att så gott som samtliga anser att detta är mycket viktigt att uppnå. Ett flertal av de svarande från denna grupp ingår även i någon av vårdkedjeprojektets olika projektgrupper. Personal som i projektet befunnit sig närmast klienterna och haft fler möten med vårdkedjeklienter, de så kallade *gräsrotsbyråkraterna*, har dock haft sämre kännedom om syftet och anser inte, i samma utsträckning som den förra gruppen, att syftet med projektet är mycket viktigt att uppnå. Utfallet av det statistiska testet bör dock tolkas med viss försiktighet då skillnaden i svarsfördelningen mellan grupperna i stort fördelat sig mellan två närliggande svarsalternativ (ex. "Mycket väl" eller "Ganska väl").

Andra insatser, andra myndigheter

Under projekttiden initierades en annan satsning inom vården av missbrukare, "Ett Kontrakt för livet", som innebär ett omfattande ekonomiskt stöd till kommunerna för den institutionsbehandling som ges enligt § 27 LVM. Här går det att se en parallell till den forskning (se ex. Vedung, 1998) som påvisat hur förekomsten av konkurrerande projekt kan inverka hämmande på implementeringen, detta eftersom en stor andel av de personer som samtidigt med Vårdkedjeprojektet medverkat i andra projekt har erfårit konkurrens om tid och intressen mellan projekten.

Ett annat förhållande rör de utvärderade organisationernas beredskap och vilja till förändring i förväntad riktning. Det finns aspekter av att önska eller inte önska förändring, i enlighet med projektets intentioner som till viss del

kan förklaras av traditioner och kulturer knutna till sådana organisationer som medverkar i förändrings- och utvecklingsarbete (jfr "teorin om institutionspolitisk förvaltning", Heffron, 1989). Heffron för även ett resonemang om organisationers överlevnad som det överordnade målet för dess medlemmar vilket kan belysas med följande citat: "Organizations that fail to accomplish goals do not necessarily fail, and those that achieve their goals do not necessarily survive" (Heffron, a.a.: 330).

Av intervjuerna med samordnarna och av enkätkommentarerna framkommer hur de deltagande enheternas behandlingsambitioner skiljer sig åt. Den verksamhet där personalen uppgivit sig vara mest hindrad av tidsbrist, låg bemanning och andra arbetsuppgifter (Hornö) är också den verksamhet som innehar flest lågutbildade deltagare. Man kan spekulera i att de förändringar, av exempelvis rutiner och arbetssätt som deltagandet i vårdkedjeprojektet inneburit, även har upplevts som mest hotande av just denna personalkategori. En annan tänkbar förklaring till den skiftande inställningen till metoderna kan härledas till begreppen *Förstå*, *Kunna*, *Vilja* (jfr Vedung, 1998; Alexandersson, 2006). Personalens förutsättningar kan med andra ord delvis knytas till individrelaterade och/eller tekniska aspekter, vilket exempelvis kan handla om bristande utbildning och/eller motivation, samt en komplicerad metod (*Förstå* och *Vilja*), men också till organisatoriska förutsättningar såsom låg bemanning, behandlingstraditioner och förekomsten av konkurrerande projekt (*Kunna*) (jfr tabell 1).

Adressaterna

Av enkätsvaren framkommer synpunkter som handlar om svårigheterna att använda sig av de metoder som ingår i projektet med anledning av klienternas psykiska tillstånd. Denna erfarenhet tycks vara särskilt framträdande på institutionerna och då i synnerhet på Runnagården. Personalen på Runnagården uppger också, i likhet med den på Hornö, att de inte haft tillräckligt med tid för projektet. Man kan således anta att arbetsmoment kopplade till projektet i varierande grad fått stå tillbaka till förmån för den ordinarie verksamheten på dessa enheter. Detta kan vara en av anledningarna till att den berörda personalen inte i samma utsträckning har ansvarsfördelningen klar för sig avseende metoderna som på Rällsögården. Vidare har MAPS, och i viss mån CRA, använts i lägre utsträckning av dessa verksamheters personal. Bristande förkunskaper kan utöver de uppgivna hindrande förhållandena i kombination med en upplevelse av begränsad inblandning i projektet ha påverkat implementeringen negativt.

Av kommunerna är det främst bland personalen i Eskilstuna och Maria Gamla stan som en förhållandevis hög andel erfarit att tiden för projektet inte räckt till. Andra arbetsuppgifter eller konkurrerande projekt anges vara den främsta orsaken till att tiden inte räckt till. Detta förhållande har i tidigare implementeringsstudier identifierats som en viktig faktor för implemente-

ringsutfallet och kan även relateras till Lipskys (1980) teoretiska begrepp "överlevnadsstrategier".

Avslutningsvis

Av texten ovan framgår att det funnits varierande förberedelser för Vårdkedjeprojektets intentioner mellan de medverkande enheterna. På Rällsögården och i Örebro kommun fanns redan ett arbetssätt och en förberedelse för projektets idé, vilket tycks ha främjat implementeringen. Det tycks även ha funnits en tydlig koppling mellan den ordinarie verksamheten och projektrelaterat arbete. Dessa slutsatser bör jämföras med Johanssons m fl. (2000) begrepp "grad av integrering". Med detta avses att sådant projektrelaterat arbete som ligger nära den permanenta organisationen tycks ha större förutsättningar att implementeras med framgång.

Personal på ledningsnivå från två av de deltagande institutionerna framförde vid studiebesöken synpunkter om oklarheter kring vilken betydelse de olika projektgrupperna skulle ha i projektets inledande fas. Här kan nämnas frågor som rör arbetsgruppens roll i förhållande till SiS projektgrupp och huruvida arbetsgruppen skulle behandla detaljfrågor eller frågeställningar av mer processinriktad karaktär. Sådana oklarheter bör ha påverkat förutsättningarna för den resterande tiden av projektet. Den tid som ägnades åt att reda ut oklarheter gällande exempelvis ansvarsfördelning och organisationsstruktur skulle med bättre förberedelser istället ha kunnat användas åt mer innehållsligt fokuserat projektarbete. Återigen bör utbildningarnas tidsmässiga placering nämnas i denna diskussion. Om samtliga utbildningar hade genomförts innan de första Vårdkedjeklienterna placerades på institutionerna hade mer tid kunnat ägnas åt klientinriktat arbete. Överhuvudtaget tycks alltså brister i förberedelser under den inledande delen av projektet ha påverkat förutsättningarna för den resterande tiden.

En annan fråga som väcks handlar om de metoder som projektet innehåller. Skulle man kunnat ha en tydligare åtskillnad mellan de metoder som var avsedda för institutionsvård respektive eftervård? Ansvarsfördelningen i övergången mellan institutionsvård och eftervård hade möjligtvis kunnat tydliggöras med ett sådant upplägg. Vidare förefaller CRA främst vara avsedd för missbruksbehandling i öppenvård. Detta är ytterligare ett argument som talar för att anpassa valet av metod i förhållande till den fas som klienten befinner sig i.

Slutligen bör man ställa sig frågan om det utifrån ett politiskt perspektiv är klokt att under pågående projekttid initiera ytterligare ett projekt (Ett kontrakt för livet). Det finns argument som talar emot ett sådant förfarande. För att på bästa sätt kunna ta tillvara erfarenheter från det första projektet (Vårdkedjeprojektet) borde man ha inväntat resultatet av utvärderingen. Det förefaller även som om lanseringen av "Ett kontrakt för livet" skapat förvirring kring vad som gäller i fråga om subventioner av § 27 vård och "motkrav"

från kommunernas sida. Förutsättningarna för Vårdkedjeprojektet ändrades således drastiskt mitt under projektiden. Denna sammanblandning av två parallella projekt gör det även svårt att utvärdera måluppfyllelsen vilket följaktligen även påverkar förutsättningarna att tillämpa resultaten av utvärderingen inför kommande liknande satsningar.

I gränslandet mellan delaktighet och tvång: klienten i projektet

Jessica Storbjörk

1 Klienten i fokus: Bakgrund till klientstudien	54
Ökat intresse för klientens perspektiv	54
Vårdkedjeprojektet – ett projekt för klienten	59
Delstudiens syfte och frågeställningar	60
Datamaterial, metod och analys	61
Teoretisk utgångspunkt	65
2 Klienterna i Vårdkedjeprojektet	68
3 Vad innebär Vårdkedjeprojektet enligt klienterna?	72
"Vårdkedjeprojektet är ett unikt tillfälle" – till vad?	73
Vårdkedjeprojektet och den otydliga frivilligheten	76
"Uthållighet och långsiktighet"	78
Förväntningar på helhetsperspektivet	79
Klienternas syn på vårdens kvalitet	80
CRA	83
4 Klienternas uppfattning av sin delaktighet i vård och planering	86
Tvångsvårdssituationen som objektivisering	88
ÖK-mötenas skiftande karaktär	93
Varierande utrymme för deltagande i behandlingsplaneringen	99
Olika planeringshorisonter och behovsbedömningar	112
19 klienter om vårdens planering	117
5 Klienterna om vårdkedjesamordnaren	119
Vårdkedjeprojektet = samordnaren	120
Samordnares uppgift är fixare, länk till socialtjänsten – vän?	121
"Samordnare(n) kommer inte att ersätta varken socialtjänsten eller institutionspersonalen": om ansvarsfördelning och inflytande	125
6 När Vårdkedjeprojektet tar slut	128
Är det slut?	129
Bra och dåligt med Vårdkedjeprojektet	129
DOK-uppföljning efter 12 månader med 19 VKP-klienter	131
Förändrade livssituationer – till det bättre och det sämre	134
En rädsla att bli övergiven	141
"Det gäller ju att förändra hela livet alltså"	142
7 Sammanfattande diskussion	144
Bilaga: Klientgruppens sammansättning och erhållen vård (DOK- och KIA-analyser)	149

I Klienten i fokus: Bakgrund till klientstudien

“Problem drug takers, like many other clients of the health and welfare system, are rarely given a voice. Most are not asked for their view on the services which are supposedly designed to help them” (Oppenheimer, Sheehan & Taylor 1986: 653).

Syftet med denna delrapport av utvärderingsprojektet är att förmedla och analysera klienternas syn på Vårdkedjeprojektet.

Ökat intresse för klientens perspektiv

Klient, patient, brukare, nyttjare, kund, konsument, vårdtagare – den tänkta deltagaren i Vårdkedjeprojektet (VKP) har många benämningar. Inom socialtjänst och tvångsvård används främst benämningen klient, vilket också används i denna text.

Sedan 1990-talet finns i Sverige och internationellt en tendens att skifta fokus från begreppet klient till begreppet brukare. Det finns ingen tydlig definition i lagstiftningen av vem som är en brukare. I kommunallagen refereras till dem ”som utnyttjar nämndens tjänster” (KL, 6 kap 8 §). I förarbetena till bestämmelserna om brukarinflytande sägs att brukare är ”de personer som nära och personligen berörs av en kommunal verksamhet och som i regel utnyttjar den kontinuerligt under en relativt lång tidsperiod” (prop. 1993/94: 188 s. 72, i DS 2001:34 s. 64). De olika begreppen har olika betydelser. Hoff (1993, i DS 2001:34) skiljer mellan medborgarens roll i relation till staten i egenskap av brukare, klient och kund/konsument med hjälp av en autonomi- och servicedimension. Graden av autonomi anges i termer av möjligheter till utträde, t ex att byta vårdgivare. Servicedimensionen handlar om i vilken utsträckning servicen har ett kontrollerande eller hjälpande syfte. *Kunden* placeras i de två dimensionernas ytterkant och betraktas som autonom. Servicen är till för att hjälpa kunden, som har stor valfrihet. *Brukaren* hamnar i mitten längs dessa dimensioner. *Klienten* hamnar i det andra ytterläget och rollen kännetecknas av stort beroende i relation till stat eller kommun (se DS 2001:34). En skiftning från begreppet klient till begreppet brukare har således åtminstone en retorisk och teoretisk betydelse och förändringen kan förknippas med en tanke om att medborgarna förväntas ha större frihet att själva välja vård samt ta större ansvar för att själva hantera sitt liv (jfr Anker m fl 2006).

I en skrift med titeln ”Brukares röster hörs” (S 2006:028) som tagits fram på initiativ av Socialdepartementet konstateras att ”allt socialt arbete måste genomsyras av ett brukarperspektiv och brukarnas egna erfarenheter”. De argument som brukar föras fram för ett stärkt brukarinflytande är att det främjar god kvalitet, ger tjänsterna och förvaltningen ökad legitimitet, ökar medborgarnas förståelse för hur servicen drivs och vilka ramar som gäller, stärker demokratin och individens inflytande över sin situation samt ger ef-

fektivitet genom tillvaratagandet av medborgarnas erfarenheter (DS 2001:34; Socialstyrelsen 2003; SOU 2006:100).

Brukarinflytande kan utövas på två nivåer. På *individuell nivå* avses individens möjlighet att påverka sin egen situation och den service som han eller hon använder sig av. På *kollektiv nivå* avses inflytande på verksamhets- (inriktning på lokal nivå) och systemnivå (lagstiftning, samverkansavtal o s v). Syftet med det kollektiva brukarinflytandet är att nå önskvärda effekter på individnivån.

Ett exempel på brukarinflytande på den individuella nivån är Socialtjänstlagen som slår fast att "Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet" (SoL 1:1 §). Huvudregeln är att insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde (SoL 3:5 §). Ett annat exempel finns i slutbetänkandet från den nationella psykiatrisamordningen (SOU 2006:100), med ett särskilt kapitel om brukarinflytande, som tydligt poängterar att "[s]amhällets insatser till [...] ska präglas av medinflytande från den enskilde personen" (s. 515).

På den kollektiva nivån kan man nämna uppkomsten av brukarorganisationer, t ex *Svenska Brukarföreningen* som arbetar för förbättrad tillgänglighet till Buprenorphine (Subutex) och metadonunderhållsbehandling (se Laanemets 2006, Palm 2006a). Det finns även brukarråd inom sjukvård, psykiatri och socialtjänst (se bl a Socialstyrelsen 2001) och brukare bjuds i högre utsträckning än tidigare in för att delta i kunskapsutveckling (se Socialstyrelsen 2003). Jarl (DS 2001:34) påpekar dock att brukarnas primära uppgift är att påverka politikens output, d v s att inom ramen för de beslut som fattats och med de resurser som fastslagits påverka utformandet av en verksamhet. Man bör därför skilja mellan brukarinflytande och brukarmedverkan – det första begreppet avser att brukarna deltar i beslutsfattandet och det senare att brukarna deltar i vardagsnära aktiviteter – politikens output.

Det finns alltså formella och retoriska förutsättningar för brukares inflytande. Brukarperspektivet är starkt närvarande. Det kollektiva brukarinflytandet har blivit en realitet i de flesta kommuner inom skola, barn- och äldreomsorg. Brukarinflytandet är dock lågt inom individ- och familjeomsorgen. Lagstiftningen poängterar det individuella inflytandet och medbestämmandet, men området har en tradition av företräderskap och brukarna har haft svårt att göra sin röst hörd (DS 2001:34). Jarl menar att det finns anledning att ifrågasätta hur angeläget det egentligen anses att åstadkomma ett *reellt* brukarinflytande, eftersom brukares utrymme i själva beslutsfattandet är lågt och de främst får delta i rådgivande organ. De som deltar i brukarråd etc. företräder ofta andra intresseorganisationer, t ex KRIS (Kriminellas Revansch i Samhället) och FMN (Föräldraföreningen mot Narkotika), snarare än regelrätta "brukare".

Man kan undra om brukarfrågan i mångt och mycket är en retorisk figur – "Brukarinflytandefrågorna är ofrånkomliga bland de frågor som rör vårdens och stödets utformning, ledning och innehåll" (SOU 2006:100 s. 516) – som

tonas ned i det praktiska arbetet? Klienters uppfattning om vilken vård som behövs ges ofta inte utrymme i socialarbetares vårdval (Blomqvist & Wallander 2004; Wallander & Blomqvist 2005).

Behandlingsforskningens huvudfokus har länge varit behandlingsutfall. Randomiserade kontrollerade studier (RCT) har betraktats som det bästa alternativet att få kunskap om hur vården skall utvecklas (Bergmark 1999; Socialstyrelsen 2007). I en litteraturgenomgång konstaterade Hunt och Barker (1999) att klienters perspektiv och erfarenheter av behandling var det område som var minst utforskat. De fann att antalet artiklar om metadonbehandling, den behandling som anses mest studerad, från år 1967 genererade 908 träffar i *Psychological Abstracts* och 620 träffar i *Medline* sedan år 1990. Endast 14 av referenserna handlade om klientens perspektiv eller syn på metadonbehandling. I en översikt av tvångsvård sammanställde Wild, Roberts och Cooper (2002) den engelskspråkiga forskningen kring olika former av tvångsvård från 1988 (170 artiklar). Över hälften av dessa var icke-empiriska artiklar innehållande etiska resonemang eller policyförslag. Forskningen baserade sig främst på varifrån klienterna hänvisats eller remitterats, som mått på tvång. Forskarna menade att klientens subjektiva upplevelse av tvång är av större intresse och betydelse.

Hunt och Barker (1999) ifrågasätter också den allmänna uppfattningen att behandling alltid gynnar klienten. De påpekar att behandling även gynnar andra aktörer, t ex personal, och att behandling i mångt och mycket handlar om att kontrollera "svagare klasser" snarare än att rehabilitera alkohol- och drogkonsumenter (jfr Storbjörk 2006). Ur kontrollsynpunkt handlar behandlingsprocessen främst om att skala bort klientens tidigare erfarenheter – vilka betraktas som negativa – och förse klienten med en ny identitet (jfr Johnson & Svensson 2006).

Den kunskap vi har om behandling och behandlingsprocessen bygger främst på den officiella synen på behandling eller en viss terapiform. Forskarna har, enligt Hunt och Barker (1999) varit mer intresserade av hur många klienter som vårdas och av vårdens effektivitet (mätt med snävt definierade variabler) än av att inta klientens perspektiv (jfr Taleff & Babcock 1998):

"Individual clients, removed from their social and cultural context, are seen as objects to be controlled and measured. They are, in effect, transformed into passive figures onto which a treatment modality is applied. Their social and cultural identity is reduced to a set of demographic and aggregate group characteristics, such as age, gender, and ethnicity, which may or may not bear on the success of the treatment. The available literature on treatment relapse and poor treatment outcome rarely interprets the findings within their perspective, and instead either suggests deficiencies within the client or problems in the process of 'matching'" (Hunt & Barker *ibid.*: 130).

Hunt och Barker motsätter sig bilden av den passiva klienten som ska ta emot den alltigenom goda behandlingen. De hävdar att klienten är en aktiv deltagare som ibland reagerar, ibland instämmer med vården och ibland använder vården för att få en andningspaus från sitt liv utanför institutionen (jfr Storbjörk 2006). Samtidigt är bilden av den passiva klienten lätt att förstå mot bakgrund av att "missbrukaren" betraktas som tillhörande en svag grupp som behöver hjälp för att förändras i rätt riktning. Klienter betraktas sällan som en konsumentgrupp vars förväntningar tas i beaktande vid utformandet av den service de skall åtnjuta.

Bergmark (1999) menar, i samma anda, att det finns alltför lite behandlingsforskning som bygger på klienternas erfarenheter. Vi kan till exempel inte förstå s k "dropout" och "retention" – d v s att klienter avbryter vården och hur länge de stannar i behandling – utan att fråga klienterna.

Brukarinflytandet och tillvaratagandet av klienters intressen ställs ibland i debatten, i politiken och i det sociala arbetet, mot den representativa demokratin och vårdens professioner. De förtroendevalda representerar ett allmänintresse och de ska väga in olika önskemål och krav utifrån ett helhetsperspektiv. Brukare för fram ett egenintresse. Deras önskemål och krav kan stå i konflikt med andra brukares eller de professionellas bedömningar (DS 2001:34). I Psykiatriutredningen (SOU 2006:100) sägs att "Brukarinflytande handlar om makt och maktdelning. Samtidigt som brukarinflytande för vissa utsatta grupper är viktigt för att utveckla demokratin i ett samhälle, måste det balanseras mot allmänintresset och de spelregler som finns inom offentliga organisationer. [...] Även de professionella är en intressent, vars inflytande över t ex val av metoder och arbetssätt är och bör vara betydande". Utredningen ser maktfrågorna på psykiatriområdet "som ett dynamiskt spel mellan brukarnas, de professionellas, huvudmännens och statens intressen" (ibid.: 516).

Många är överens om att detta dynamiska spel inte är ett spel mellan jämbördiga parter (Socialstyrelsen 2003). Socialarbetarens makt har beskrivits som organisatoriskt förankrad (Sunesson & Lundström 2000) och socialarbetaren har makt att fatta beslut om t ex ekonomiskt bistånd och boende, behandling och frihet (Järvinen 2002), vilket kan medföra att den beroende parten gör avkall på sina egna intressen för att inte hjälpen ska upphöra (Jacobsson 2001). Vidare är makten på många sätt förankrad i språket och de professionellas sätt att beskriva, kategorisera och diagnostisera klienterna kan gynna de professionella framför klienten (se också Palms kapitel).

Ekendahl (2004: 253) summerar vad gäller tvångsvården dessa olika perspektiv under rubriken "Alltid någon missnöjd". Socialsekreteraren försöker se till klientens vårdbehov, socialchefen gör övergripande prioriteringar och ansvarar för budgeten, etc. Socialstyrelsen (2003) ger inget svar på hur eventuella konflikter mellan professionellas erfarenheter och vetenskaplig kunskap å ena sidan och klientens önsknings och prioriteringar å andra si-

dan ska lösas. Frågan beskrivs som olöst och det påpekas att en risk med att lyssna till klienten är ett slags *kunskapsrelativism*, där alla metoder ur något perspektiv kan anses som rimliga. Å andra sidan kan vi hävda, mot bakgrund av klientens svaga maktposition, att det i dagsläget främst är de professionellas uppfattning som tillåts dominera.

Om vi sätter detta i ett än vidare perspektiv kan vi se att många grupper anser tvångsvård (s k LVM – en förkortning av Lag om vård av missbrukare i vissa fall etc) vara en nödvändig resurs i vissa situationer. Majoriteten av missbrukarvårdens personal, klienter och i den allmänna befolkningen anser att det ibland är nödvändigt med tvångsvård (Storbjörk 2006). En något bredare definition av brukare inkluderar anhöriga till de egentliga brukarna av tjänster (t ex anses föräldrarna till barn i grundskolan ofta som skolans brukare, DS 2001:34), och kan omfatta anhöriga till dem som tvångsvårdas. Det är inte helt ovanligt att föräldrar anmäler sin son eller dotter till LVM. Klientens intresse är således bara ett bland många som ska tillgodoses.

Tvång och delaktighet kan te sig som en omöjlig kombination, vilket kanske förklarar varför LVM-utredningen (SOU 2004:3), till skillnad från slutbetänkandet från psykiatriutredningen saknar ett kapitel om brukarinflytande. I Psykiatriutredningen (SOU 2006:100) poängteras att delaktighet gör att klienten blir engagerad. Möjligheten till makt över sitt eget liv och sina val är nödvändig för en lyckad rehabiliteringsprocess. Det faktum att omgivningen kan betrakta klienten som oförmögen att fatta beslut eller omedveten om vad som är bäst för denne antas försvåra vårdens möjligheter.

LVM-utredningen fokuserade istället, i enlighet med sitt direktiv, på klientens rättssäkerhet och varför LVM-användningen gått ner över tid. Utredningen skulle ge förslag på insatser som är relevanta för den enskilde missbrukarens vårdbehov. LVM ska användas när klientens vårdbehov inte kan tillfredsställas på frivillig grund. Hur och vem som ska bedöma detta "vårdbehov" är emellertid en fråga som inte diskuteras i utredningen. Lagstiftningen har kritiserats av Gustafsson (2001) som menar att lagen inte ger tydliga kriterier för hur vårdbehovet ska bedömas. Jacobsson (2004) visar att det i LVM-förhandlingar främst är olika former av orsaksargument som används för att motivera vårdbehovet. Orsakerna påvisas genom hänvisningar till de tre specialindikationerna (hälso-, social- och skadeindikation). Hon visar att klienten själv oftast medger vårdbehov vid förhandlingarna men påpekar att detta kan vara en strategi för att undkomma LVM genom att säga sig vilja ha frivillig vård. I praktiken används och tolkas dock vårdbehovet ofta – tvärs emot intentionen om LVM som en vårdlag – som ett slags livräddande verksamhet (Ekendahl 2004).

Anledningen till att LVM-utredningen saknar ett kapitel om brukarinflytande kan således vara att LVM endast ska användas när samtycke saknas. Däremot specificeras att utgångspunkten i LVM är "att det går att skapa en vilja till förändring även hos klienter som vid behandlingens inledningsskede

saknar denna vilja eller har den bara i mycket begränsad utsträckning" (SOU 2004:3:106) och "alla möjligheter till insatser i samförstånd med den enskilde skall övervägas och befinnas otillräckliga innan LVM-vård tillgrips" (ibid.: 107). Dessa tankegångar återkommer i Vårdkedjeprojektet.

Vårdkedjeprojektet – ett projekt för klienten

Målet med Vårdkedjeprojektet är "att de klienter som ingår i Vårdkedjeprojektet uppnår positiva och bestående förändringar av sin livssituation; att Vårdkedjeprojektet bidrar till att skapa fungerande modeller för samarbete mellan socialtjänsten och LVM-hemmen, mellan tvångsvården och den vård som bedrivs med den enskildes samtycke." (SiS 2004:2). Målen ska uppnås genom att höja kvaliteten i såväl LVM-vården som i eftervården. Samverkans- och samarbetsformerna med socialtjänsten skall förbättras. Utvärderingen är kopplad till målen. "En del av uppföljningen avser därför att belysa hur det går för den enskilde, om "hon" förbättrar sin livssituation" (SiS 2004:7).

VKP är således tänkt att vara till för klienterna. Det andra syftet, att skapa fungerande samarbetsmodeller, torde inte ha något eget värde om de inte gagnar klienterna. I planen för genomförande av VKP (SiS 2004) framgår att SiS "skall också beakta brukarspektivet" (sid 1).

Hur ska då dessa bestående förändringar hos klienterna uppnås? Enligt LVM-utredningen är ledorden för VKP:s behandlingsmodell "långsiktighet, uthållighet och god planering" (sid 3). Planeringen ska utgå från en ordentlig bedömning av den enskildes behov. "Med långsiktighet menar LVM-utredningen att de olika huvudmännen och den enskilde så tidigt som möjligt enas om hur insatserna bör se ut och att planeringen redan på detta stadium tar sikte på vad som kommer att behöva genomföras i samband med att klienten skrivs ut från LVM-hemmet" (sid 3). Den enskilde skall ge sitt samtycke till att delta i Vårdkedjeprojektet. Efter att utredningar genomförts upprättas en behandlingsplan "i samråd med den enskilde, SiS och socialtjänsten. Planen skall omfatta LVM-perioden samt ytterligare sex månader. I planen konkretiseras olika områden och mål utifrån klientens individuella problem och förutsättningar" (sid 4).

"De behandlingsmetoder som skall användas inom Vårdkedjeprojektet måste vara mångfacetterade för att täcka upp den enskildes problemområden där det behövs insatser för att nå bestående förändring." (sid 5). Inom VKP skall således en rad olika metoder vävas samman: Behandlingsmodellen baseras på CRA (Community Reinforcement Approach) och "stor vikt läggs vid att skapa en meningsfull fritid, boende samt att finna och behålla ett arbete. Klienten får således hjälp inom flera viktiga livsområden samtidigt på ett genomtänkt och strukturerat sätt" (sid 6).

Kan vi mot bakgrund av Vårdkedjeprojektets beskrivningens mål och upplägg säga att projektet är upplagt som ett projekt för klienten? Det svar jag vill ge lutar mot ett "ja". Trots att LVM och LVM-utredningen inte i sig poängterar

klientens delaktighet framkommer således i direktiven till SiS, i enlighet med tidsandan, att SiS ska "beakta brukarperspektivet". Detta har av SiS översatts till ett brukarråd (kollektivt brukarinflytande) i organisationen. Detta brukarråd, som framgår av denna rapport, bestod av representanter från andra brukarorganisationer, och inte av aktuella LVM-klienter. Rådet har också i praktiken haft lite inflytande över utformandet av VKP (se Palm respektive Fäldt i denna volym). På den individuella nivån betonas att klienten ska delta vid planering som görs i "samråd" mellan klient, SiS och socialtjänst. Planen ska utgå från klienten. VKP ska hjälpa klienten inom flera livsområden, utöver alkohol- och droganvändning.

Vårdkedjeprojektet presenteras till klienterna i en liten gul och vit informationsbroschyr som även finns i Vårdkedjehandboken (2005):

Projektet presenteras som ett unikt tillfälle för klienten. Klientens behov, ett helhetsperspektiv och klientens ökade deltagande i planeringen betonas liksom klientens frivilliga deltagande. Klienten ska få en samordnare som utgör en extra resurs för klienten.

Vad är Vårdkedjeprojektet?

Vårdkedjeprojektet är ett unikt tillfälle för dig som har ett LVM och som kommer från någon av de kommuner som deltar i projektet. Syftet är att arbeta med ett helhetsperspektiv där dina behov är utgångspunkten.

Vårdkedjan arbetar gränsöverskridande. Detta innebär att alla inblandade myndigheter och institutioner är med redan i början av din vård. Detta skapar en stark kedja som har förutsättningar att hålla ihop hela vägen.

Vad innebär Vårdkedjeprojektet för mig?

Vårdkedjeprojektet är ett försök att stärka och öka kvalitén på vården kring dig, både under institutionstiden och under frivilliga former i din hemkommun. Inom vårdkedjeprojektet ingår metoder med vetenskapligt stöd, bland annat CRA (Community Reinforcement Approach). Du kommer att få möjlighet att få en mer långsiktig planering som utgår från dina olika behov och ett ökat deltagande i din egen behandlingsplanering.

Vårdkedjetänkandet bygger på frivillighet och långsiktighet, vilket innebär att du själv väljer om du vill gå med och du kan även bestämma dig för att gå ur när du vill.

Delstudiens syfte och frågeställningar

Utvärderingens klientstudie utgår från den presentation av Vårdkedjeprojektet som ges i broschyren ovan. Studien beskriver och analyserar hur klienterna upplever och ser på Vårdkedjeprojektet. Motsvarar deras upplevelser syftena?

Tyngdpunkten ligger i en kvalitativ studie av klienternas upplevelser av och uppfattningar om Vårdkedjeprojektet. Hur upplever klienterna deltagandet i Vårdkedjeprojektet och hur och om deras situation förändras. Vilka fördelar

och nackdelar ser klienterna med att delta i Vårdkedjeprojektet? Hur värderar klienterna kontakterna med samordnaren? Känner klienterna sig delaktiga i vårdplaneringen och de mål som ställs upp? Är det klart för klienten vem som har ansvar för olika insatser? Hur uppfattar klienterna behandlingsmetoden CRA? Värderar klienten vården som meningsfull? Vilka delar av vården upplever klienten som verkningsfulla och viktiga?

Utöver detta ingår en kompletterande kvantitativ analys av DOK-material som samlats in av LVM-institutionerna och SiS HK. Syftet med denna del är att ge en bakgrundsbeskrivning av VKP-klienterna och en liten uppföljning. DOK samlas in också för övriga klienter som tvångsvårdas och planen var att jämföra de klienter som ingår i projektet med andra klienter avseende vilken vård man fått, vårdtider och social situation. Det hade varit intressant att studera hur klienternas sociala situation och problem såg ut i jämförelse med situationen för klienter inom tvångsvården som inte ingick i projektet. Det visade sig emellertid att dokumentationen var för bristfällig för att tillåta en sådan jämförelse.

Datamaterial, metod och analys

Det kvalitativa intervjumaterialet (intervjuer inspelade i MP3-format och anteckningar) omfattar totalt cirka 125 intervjuer. Materialet består av 110 inspelade intervjuer (59 intervjuer med män och 51 med kvinnor). Samtliga intervjuer genomfördes av mig. Intervjuerna är av varierande längd, från 10 minuter till en och en halv timme. Tjugofyra av de 110 bandade intervjuerna är från VKP-vårdöverenskommelser, här benämnt ÖK (överenskommelsemöte) där personal från LVM-institutionen, socialtjänsten, klienten och andra berörda vårdgivare deltagit. Anteckningar finns från ytterligare fyra möten. Dessa ÖK-möten varade oftast mellan 1–1 1/2 timmar. De inspelade intervjuerna gjordes med 27 personer, varav 9 kvinnor. Utöver det noterades med anteckningar intervjuer med ytterligare 3 VKP-klienter. Av dessa sammanlagt 30 klienter är 16 yngre än 35 år och 14 äldre än 35 år. Totalt finns intervjuer med fem klienter från Eskilstuna, tre från Katarina Sofia, fyra från Maria Gamla stan, åtta från Uppsala och tio från Örebro.

Vid mina vistelser på de LVM-institutioner som deltog i projektet har jag fört informella samtal med andra klienter som vistats där – en del med klienter från VKP-kommuner som (inte) deltagit i Vårdkedjeprojektet och en del från andra områden. Jag har med olika grad av formalisering och struktur samtalat med hälften av de VKP-klienter som ingick i utvärderingen.

Under studien fördes fältanteckningar med reflektioner över vad jag hört och sett. Reflektionerna och anteckningarna, tillsammans med anteckningar från telefonkontakter med intervjupersoner m m, består av cirka 150 sidor text.

Av de intervjuade klienterna är det elva personer som intervjuats fler än en gång. Av dessa har åtta personer följts tämligen nära: med sju av dem hölls

kontakten i ungefär ett år medan en kontakt förlorades när institutionsvis- telsen tog slut.⁶ Ingen av det fåtal klienter från Eskilstuna som var aktuella för Vårdkedjeprojektet ingår i denna del. I praktiken har jag således träffat klienter vid flera olika tillfällen under vårdkedjans gång; i början när klienter gått med i Vårdkedjeprojektet, vid ÖK-möten tillsammans med personal från LVM-institution, socialtjänst och samordnare, under den tid de vistats vid LVM-institutionen samt vid övriga vårdenheter klienterna vårdats på samt på klientens hemmaplan.

Det faktum att jag följt personer över tid ger ett särskilt intressant material som visar på olika upp- och nedgångar i form av alkohol- och drogbruk och att motivation, målsättningar och relationer till olika vårdgivare och dylikt förändras. För institutionerna och samordnarna är det ingen hemlighet vilka personer som följs. Jag har suttit med vid ÖK-möten och inblandade vård- givare vet vilka undersökningens huvudpersoner är.

Det är med anledning av det som jag i rapporten istället väljer att presen- tera materialet tematiskt och undviker att ge noggranna beskrivningar av händelseförlopp för enskilda klienter. På detta vis hoppas jag kunna skydda dem jag följt och undvika att det de sagt ska identifieras av vårdgivare och andra personer som de står i beroendeställning till.

I utvärderingens klientstudie läggs inget särskilt fokus på skillnader mellan kvinnor och män och därför är resultatredovisningen genomgående köns- neutral. Eftersom de flesta klienter är män kallas klienterna genomgående för "han". På motsvarande sätt benämns socialsekreterare, institutionspersonal och samordnaren för "hon" eftersom de oftast är kvinnor. Jag anger inte heller, förutom i undantagsfall, om en händelse eller ett citat är hämtat från Runnagården (för kvinnor) eller från Hornö eller Rällsögården (för män). Vid citat och beskrivningar anges bara om en klient är yngre eller äldre än 35 år, eftersom en del skillnader framkommer mellan äldre och yngre klienter, samt när under VKP-tiden intervjun gjordes: *under LVM-tiden*, 1–6 månader; *under eftervården*, 6–12 månader; *efter Vårdkedjeprojektet*, omkring och efter 12 månader. Därför anges inte vilka berättelser eller erfarenheter som samma person har uttryckt i olika citat, förutom i de fall där jag direkt jämför vad en klient har sagt vid ett tillfälle och ett annat, eller jämför två olika möten. Även detta är för att ingen klient ska identifieras genom att man lägger ihop den information som finns i flera citat.

Ett sista led är att jag i resultatredovisningen bytt ut en del – i samman- hanget icke relevanta – attribut hos klienter och händelser för att ytterligare undvika ett en enskild klient identifieras. Ett exempel skulle kunna vara att jag skriver att en klient ville ha hjälp med sitt knä när det kanske egentligen handlade om ryggen.

⁶ Ytterligare en klient gick med i denna del men ångrade sig efter första intervjun och tyckte att det fick räcka med denna intervju.

Målsättningen var att inte styra intervjuerna alltför mycket. Inledningsvis skrev jag dock ner ett antal intervjuteman och frågor som jag var intresserad av och som jag försökt täcka av när jag intervjuat klienter för första gången i början av Vårdkedjeprojektet. Dessa frågor handlade om varför klienten fått LVM, hur klienten upplevde institutionen, hur klienten introducerades till Vårdkedjeprojektet och samordnaren. Vad var klientens förväntningar på Vårdkedjeprojektet och vad ville klienten uppnå och förändra? I senare skeden har jag frågat hur klienterna upplevde samordnaren, hur de sett på rollfördelningen mellan olika aktörer och vad de ansåg att Vårdkedjeprojektet har hjälpt dem med och vad som inte fungerat så bra. Jag har frågat om VKP-överenskommelsen och vad klienterna tyckte om denna form av vårdplanering samt i vilken grad de upplevde att de hade inflytande över vad som hänt samt vilka aktörer de upplevde stod på deras sida. Jag har frågat hur klienten mådde vid olika tillfällen och hur klienten upplevde att hans liv har förändrats samt vad som bidragit till detta. Vilken roll har Vårdkedjeprojektet spelat i en eventuell förändring?

Under fältarbetets gång har jag summerat och jämfört klienters berättelser, händelser och mina egna observationer. Det innebär att analysen pågått under hela fältarbetets gång.

När Vårdkedjeprojektet närmade sig slutet, för de klienter jag följt över tid, lyssnade jag på de inledande intervjuerna igen och sammanställde det som klienten sade i början. Vad ville klienten uppnå och vilka förväntningar hade klienten på Vårdkedjeprojektet? Jag återkopplade detta till klienten som fick reflektera över hur det gått: Uppfylldes förväntningarna? Hur har livet förändrats?

Allt material (inspelat transkriberades) har förts in i QSR NVivo. När analysarbetet började inledde jag med att läsa igenom alla mina fältanteckningar. Utifrån dessa skapade jag en grov skiss av de teman och rubriker som återfinns i rapporten. Jag har därefter gått igenom intervjumaterialet, letat fram vissa sektioner och mer förutsättningslöst läst igenom övriga intervjuer och kodat materialet enligt de teman jag var intresserad av.

Analysen utgår främst från klienternas ord och upplevelser och deras uppfattning om vad som händer. Jag har speglat klientens uppfattningar mot mina egna observationer och den teori jag valt (se nedan). Jag har på det viset försökt väva samman klienternas berättelser med mina egna reflektioner och förstå dessa med hjälp av teorin. Jag hoppas att jag därigenom uppnått och kan presentera en god beskrivning av klienternas upplevelse av Vårdkedjeprojektet.

Utöver det kvalitativa fältarbetet har utvärderingen utnyttjat ett kvantitativt och strukturerat material bestående av DOK-intervjuer och utdrag ur SiS journalsystem KIA. Detta material har insamlats av SiS. Det kvantitativa datamaterialet beskrivs i nästa avsnitt där materialet analyseras.

Uppföljningsintervjuer efter 12 månader med DOK-uppföljningsintervju

(DOK-Upp) genomfördes med en liten grupp VKP-klienter (bruttourval=44 personer). Att endast 44 av 74 VKP-klienter var aktuella för uppföljningen berodde på att de klienter som gick med i Vårdkedjeprojektet i ett sent skede inte hann genomföra uppföljningen. En del klienter föll bort eftersom de hade gått med i Vårdkedjeprojektet för tidigt och det hade gått för lång tid när medel avsattes för att göra uppföljningsintervjuerna. DOK-Upp analyserna presenteras i avsnitt 6 *När Vårdkedjeprojektet tar slut*.

Som tillägg till DOK-Upp intervjun lades tre sidor med frågor som specifikt handlade om hur klienterna har upplevt Vårdkedjeprojektet, samordnaren, vårdplanering, klientens delaktighet och CRA-behandling. Flera frågor hade öppna svar. Dessa frågor besvarades av 19 VKP-klienter och svaren ska inte tolkas som representativa för hur klienter har upplevt Vårdkedjeprojektet (se avsnitt 6). Svaren ska ses som ett komplement till det kvalitativa intervju-materialet. Klienternas svar på dessa frågor är insprängda på olika ställen i rapporten.

Jag har under fältarbetets gång många gånger funderat över olika metodproblem och etiska dilemman. De flesta av mina funderingar har handlat om hur jag ska förhålla mig till det klientperspektiv jag antagit och hur relationen påverkas när man följer klienter över tid. En anledning till att vi i utvärderingen hållit en tydlig skiljelinje mellan implementerings- och klientstudien är att jag anser det viktigt *för att kunna fånga klientperspektivet* att klienten känner att jag främst lyssnar på denne och inte på personalen.

Inledningsvis var min tanke att försöka hålla mig så objektiv som möjligt. En stor del av mina ansträngningar handlade dock om att skapa en god kontakt med klienten. Det var på intet sätt givet att klienten skulle vilja fortsätta prata med mig efter LVM-tiden. I mina fältanteckningar finns många reflektioner efter att jag träffat en klient om hur jag uppfattade att "han" förhöll sig till mig. Håller jag på att tappa klienten? Idag gjorde vi en bra intervju, o s v.

Jag har flera gånger berörts känslomässigt av klienters fram- och motgångar. Under en period träffade jag många klienter ofta och jag insåg att jag hade svårt att avskärma mig från det jag fick höra under den perioden. Jag behövde mer distans. Efter att jag följt klienter i över ett halvt år kände jag flera gånger att min position och vår kontakt förändrats. Det blev allt svårare att hålla en neutral ställning eftersom klienten hade berättat saker tidigare och jag hade varit med när en del saker hänt. Klienter har ibland hänvisat till att jag borde veta vad de tyckte och menade:

Det har hänt att klienter ringt upp mig och jag förstod att de egentligen bara ville ha någon att prata med när det var jobbigt och när ingen annan fanns att tillgå (*Fältanteckningar 2006*). Klienter har ibland återkommit till att de "litar på mig, att jag inte säger till någon" och vissa saker har de sagt att jag inte får dokumentera i utvärderingen (*Fältanteckningar 2006*).

Jag har också vid flera tillfällen funderat över i vilken grad utvärderingen, och min närvaro, inverkat på händelseförloppet. I en del fall har klienter använt

deltagandet i forskningsprojektet som påtryckningsmedel i sina kontakter med myndigheter. Utdrag ur en intervju uppmanar till eftertanke:

Nej, men jag tycker så här att ja, beträffande vårdkedjan så är det ju så att, att jag är tacksam för att X [samordnare], med sådan pondus att "hon" liksom, i alla fall är på min sida. Det vet jag ju. Och så tycker jag att det är väldigt bra att DU har varit med och dokumenterat. För du har ju varit med på det där mötet, till exempel, när jag satt och skrek och "hon" [vårdgivare] satt och skrek tillbaka. Det bandades ju, det sade både [soc] och [samordnare] efteråt "Ja, det där har vi ju på band", liksom [skrattar]. Och det känns jättebra, för det är en nagel i ögat då. Det kan man inte komma ifrån. För de tror att de ska kunna, allsmäktigt, sitta och bestämma över mitt liv och ljuga och hitta på fabler om hur det har varit och inte. Vad fan, de vet ju ingenting om det! Och då, då vet jag inte, då hetsar ju jag upp mig. [...] Att det är inspelat, det tycker jag är bra. Inte för att det kanske kommer att komma till någon nytta, jag vet inte men de har ju ögonen på sig ytterligare om det sitter en som forskar just på det här, liksom. För att det berör ju dem i allra högsta grad (35+, *eftervården*).

Teoretisk utgångspunkt

Datansamlingen styrdes inte av något särskilt teoretiskt perspektiv – förutom att tydligt utgå från klientens uppfattningar. Tanken var att låta klienterna tala om hur de upplevde och bedömde Vårdkedjeprojektet. Min syn på behandling och på klientens möjligheter i tolkningen av materialet är inspirerad av Hillevi Lenz Taguchis (2004) analyser av skolan, baserade på en feministisk potstrukturalism, och hennes resonemang om subjektspositioner.⁷

Lenz Taguchi är verksam inom pedagogiken och hennes forskningsområde – skolan – har många paralleller med missbrukarvården, och kanske särskilt tvångsvården. Teorin är därför relevant. Eleven i skolan betraktas som en person som ska lära sig det som är viktigt för att klara sig i samhället – för att bli en god medborgare. Perspektivvalet kan översättas till den roll behandlingen och behandlingspersonalen har gentemot klienten. Eleven, liksom kvinnan enligt det feministiska förhållningssättet och klienten i missbrukarvården, befinner sig i en underordnad position (i förhållande till läraren och mannen och vårdpersonalen) och denna *subjektsposition* inverkar på individens uppfattningar och handlingar.

Lenz Taguchi menar att människor identifierar och självdisciplinerar sig som subjekt enligt de föreställningar, regler och praktiker, som iscensätts av professionella i olika sociala institutioner som skolan, politiken och vården – i olika diskursiva praktiker. Vi erbjuds eller påtvingas en föreställnings- och

⁷ Lenz Taguchi (2004) återkommer ofta i sitt resonemang till Michel Foucaults, Simone de Beauvoirs och Judith Butlers arbeten. Hennes uppfattning om subjektet, diskurser och subjektspositioner ligger nära Bronwyn Davies förståelse av desamma.

begreppsvärld som vi kommer att uppleva som sann och som påverkar vårt handlande. Diskursen förser oss med olika subjektspositioner som inverkar på hur en individ betraktar världen – utgående från sin position (jfr Davies 2000). Diskursen inkluderar även information om vem som, utifrån sin position, förväntas och har rätt att uttrycka sig och hur. Samspelet mellan människor handlar således om olika maktpositioneringar. Människors förhållande till varandra definieras och omdefinieras ständigt i förhållande till individens position.

Lenz Taguchi menar också att diskurserna är motsägelsefulla och ger motstridiga möjligheter och positioner. En individs *multipla subjektiviteter* innebär således att subjektet kan förhålla sig på olika sätt i en viss slags situation, beroende på vilka diskurser som för tillfället är mest dominerande och på vilket sätt de refererar till varandra. Detta i sin tur är beroende av hur varje subjekt blivit konstituerat. Tidigare erfarenheter är viktiga i ett givet sammanhang.

Lenz Taguchi menar att det är lättare att få en stark position i ett samtal om man valt att identifiera sig med den dominerande diskursen – spelar med för att få erkännande och medhåll från andra. Även om vi försöker positionera oss på ett visst sätt, göra motstånd, kan andra i gruppen positionera oss så att det vi vill åstadkomma i termer av positionering inte "lyckas". Vi blir positionerade av andra och positionerar oss själva.

Av vikt för hur väl vi lyckas positionera oss på ett visst sätt är arkitekturen, miljön, de andra närvarande subjekten och olika betydelsebärande tecken. Tecknet kan vara ett klädesplagg, klienten, regler etc. I behandling kan vi säga att klienten placeras in i en ideologisk och diskursiv position, genom en rad praktiker som är laddade med meningar och föreställningar som vi tar för sanna. Utgående ifrån vår nutids förståelse för lärande eller behandlande institutioner kan vi säga att:

"Lärarens [behandlarens] [...] legitimitet och auktoritet att 'objektivt' bedöma och döma överskrider föräldrarnas [klientens]. [...] [behandlaren] har rätt att tala och agera som professionell inom institutionens normerande praktiker. Att göra bedömningar och diagnoser av barnen [klienterna] [...] är deras professionella uppdrag. Det är ett uppdrag de fått efter politiskt fattade beslut om hur vi skall förstå vad som är [...] [behandlingsinstitutionens] uppgift i samhället" (Lenz Taguchi 2004: 130).

Vuxnas, eller behandlares, välvilja får ibland icke-avsedda konsekvenser. Välvilliga professionella kan säga "Den är ju till för barnen!" (ibid.: 137). Behandling är till för klienterna, eftersom det är bra eller nödvändigt för dem att få behandling. Lenz Taguchi påpekar dock att skolan (behandling) är till för att göra individerna till normala och självreglerande lydiga medmänniskor. I lärande institutioner är det inte bara själva lärandet i skolan eller alkohol- eller drogbruket i behandling som "behandlas". De professionellas "normaliserande blick" (ibid.: 140) inkluderar både formellt uttalade prakti-

ker och informellt eller outtalat lärande. Individens identitet och värderingar ska omskapas till den "goda medborgaren" (jfr Johnson & Svensson 2006). Klienten betraktas som den andre, den underordnade, som inte utgör den normala normen.

Hur ser den dominerande svenska diskursen kring missbrukarvården ut? Den diskursiva uppfattningen om alkohol- och drogproblem och om behandling i Sverige har studerats av Bergmark och Oscarsson (1988). Baserat på en survey om olika uppfattningar om alkohol och droger identifierade de fyra dominerande sätt att tänka, vilket formuleras i fyra "doxa". Doxa är hämtat från Bourdieu och avser att en praktik eller en uppfattning tas för given och därmed inte kan ifrågasättas – den uppfattas som naturlig och sann. De fyra doxa som författarna fann var att droger betraktas som allvarliga problem både på en individuell och en samhällelig nivå. Droger är farliga. Droganvändare är offer som inte kan sluta på egen hand utan formell hjälp. Drogmissbruk är således ett beteende som kräver behandling för att nå det ultimata målet som är drogfrihet.

Dessa bilder har bekräftats av andra forskare. Lindgren (1993) visar, utgående ifrån teorier om kollektiva definitionsprocesser, hur narkotikafrågan under 1950- och 60-talen omgestaltades från att ha betraktats som ett medicinskt och privat problemområde till att betraktas som ett samhällsproblem och olika insatser för att förändra drogbruk legitimerades (jfr Johnson 2003). Alkohol- och framför allt narkotikaproblem betraktas som några av de allvarligaste samhällsproblemen (Hübner 2001). Problemen kopplas samman med moraliskt sönderfall (jfr Lindgren 1993) och bruket moraliseras. Samtidigt kan vi även se att individen anses ansvarig för att lösa problemen (Palm 2006b).

Uppfattningen att alla individer som upplever alkohol- och drogproblem behöver professionell behandling ifrågasätts ibland. Beroende på hur man definierar såväl problemen som lösningarna så redovisar Blomqvist, Cunningham och Wallander (2007) data som pekar på att bortåt 80 procent av dem som tagit sig ur ett tidigare beroende har gjort det utan behandling. Å andra sidan finns många tecken på att den dominerande diskursen fortsätter hävda att "missbrukare" behöver behandling och den officiella och professionella tilltron till behandlingens kapacitet är generellt sett stor (Storbjörk 2006). Behandlingens roll i alkohol- och narkotikapolitiken tenderar även att stärkas när möjligheterna till andra kontrollåtgärder har minskat (Holder m fl 1998).

I likhet med Lenz Taguchis (2004) syn på utbildningsväsendet har socialt arbete och missbrukarvården karaktäriserats som en normaliseringspraktik (Hilte 2000; Johnson & Svensson 2006). Klientens ställning i socialtjänsten och i behandling, och kanske särskilt i tvångsvård, har således av många forskare karaktäriserats som underordnad. Bland annat argumenterar Sahlin (2001) att Foucaults begrepp "disciplin" kan referera till att A (vårdgivare)

kan legitimera sina handlingar gentemot B (klient) genom att definiera vad som ligger i B:s intresse och genom att definiera B som inkompetent, hjälplös och viljesvag. Ett exempel är då att socialtjänsten kan ingripa i en klients liv med tvångsvård genom att ingripandet legitimeras med att vården har rätt att definiera vilka behov klienten har. Hon menar således att disciplin kan relateras till samhällets sätt att kontrollera och "förbättra livet" hos särskilt problematiska individer. Insatserna legitimeras genom att hävda att samhället därigenom tar hand om individen – för dennes bästa. Behandlingspersonal och andra professionella bestämmer vad som är bäst för klienten (Sahlin 2001).

För att sammanfatta det teoretiska resonemanget och sätta det i relation till den aktuella klientstudien kan vi säga att den diskurs – doxa – som klienten agerar inom skapas av och påverkar klienten och vårdsystemet, samt de positioner som de olika aktörerna talar utifrån. Den diskurs som omger Vårdkedjeprojektet inkluderar en syn på klienten som oförmögen att ta hand om sig själv och som en person som ska (om)läras till att bättre ta hand om sig själv som en god medborgare. Vårdkedjeprojektet genomförs inom ramen för tvångsvård vilket i sig ger klienten en roll som en person som är oförmögen att se sitt eget bästa. Någon i omgivningen, som vet bättre och därför kan ta till tvång, ingriper. De klienter som här intervjuas talar således från en svag position med beskärt handlingsutrymme. Samtidigt har klienten flera subjektiviteter och det enskilda subjektet kan göra motstånd. Vi ska inte heller glömma att diskursen är motstridig och har konkurrerande element, bl a i betonandet av klientens ökande deltagande och autonomi. Klienterna i Vårdkedjeprojektet måste förhålla sig till och agera utifrån motstridiga signaler, där frivillighet och delaktighet betonas inom tvångsvårdens ram. Ett projekt som Vårdkedjeprojektet innebär således att klienten positionerar sig, handlar och upplever sin situation i ett gränsland mellan delaktighet och tvång.

Detta teoretiska resonemang dominerar inte själva resultatredovisningen. Dess huvudsyfte, som påpekats, är att tydligt föra fram klientens upplevelser av Vårdkedjeprojektet. Teorin speglar dock min egen förståelse för vad som händer, den ligger till grund för tolkningen av hur vårdöverenskommelser sluts (avsnitt 4) och återkommer därefter i klientstudiens diskussion (avsnitt 7).

2 Klienterna i Vårdkedjeprojektet

Hur stor andel av klienterna från olika kommuner och på olika LVM-institutioner har ingått i Vårdkedjeprojektet? Hur ser VKP-klienternas sociala situation och problem ut i jämförelse med situationen för klienter inom tvångsvården som inte ingår i projektet? VKP-klienter kan också jämföras med andra klienter från kommunerna/stadsdelarna som inte ingår i projektet avseende vilken vård de fått under LVM-tiden, §27-placeringar och vårdtider.

Med hjälp av DOK-intervjuer och grunduppgifter i SiS journalsystem KIA som samlats in av LVM-institutionerna kan vi beskriva klienterna. Vidare har vi använt ett VKP-klientkort som samordnarna fyllde i för varje klient med en del VKP-specifika frågor.

Utvärderingens klientstudie, och detta avsnitt, inkluderar de klienter som varit aktuella för LVM från VKP-kommuner/stadsdelar under tidsperioden 1 juli 2004, då Vårdkedjeprojektet startade, fram till 31 december 2005.⁸ Klienter från Enheten för hemlösa ingår inte i klientstudien eftersom enheten inkluderades i Vårdkedjeprojektet i ett senare skede. Materialet kommer huvudsakligen från dokumentationssystemet SiS-DOK (se Jenner & Segraeus 1996). Det finns flera varianter av DOK-intervjun (lång och kort inskrivnings-, lång och kort överflyttnings- och § 27 placerings-, lång och kort utskrivnings-, lång uppföljnings- och lång enhetsbeskrivningsformulär). Information finns årligen för ca 90–95 procent av de klienter som registreras inom SiS och ca 2/3 intervjuas vid inskrivningen (Larsson & Segraeus 2005).

I denna klientstudie ingår material från inskrivnings-, utskrivnings- och uppföljningsintervjun.⁹ Fokus ligger på frågor som ingår i de korta varianterna, men ett fåtal frågor ur de långa formulären behandlas också. Inskrivningsformuläret täcker frågor om klientens bakgrund och nuvarande situation. Utskrivningsformuläret innehåller information om klientens vårdinsatser, situationen vid utskrivningstillfället samt planering av fortsatt vård och myndighetskontakter. Uppföljningsintervjun upprepar frågor från inskrivningsformuläret samt innehåller frågor om myndigheter och vårdkontakter under uppföljningstiden samt klientens syn på vårdtiden (se bl a Larsson & Segraeus 2005: 20, tabell 2).

Övriga data är hämtade från SiS journalsystem KIA och VKP-klientkort. Från KIA har uppgifter om kön, ålder, inskrivningsdatum och -lagrum samt kommun- och institutionstillhörighet hämtats. Ett klientkort (VKP-klientkort) utarbetades specifikt för VKP-klienter.¹⁰ I rapporten används främst information om klienters deltagande i CRA.

Datamaterialet som analyseras i **Bilagan** samlades i en avidentifierad datafil, framtagen av SiS.¹¹ Materialet är på klientnivå och information från den senaste § 4 LVM-placeringen har valts ut om flera förekommit. I de fall data saknades från den senaste §4 LVM-placeringen har tidigare data använts. I datafilen ingår samtliga LVM-klienter som skrevs ut från någon LVM-institution under tiden 2005-01-01 – 2006-10-01 och som vårdats enligt §4 LVM. De skrevs in mel-

⁸ Klienter som blev aktuella för LVM och eventuellt VKP efter det skulle inte hinna avsluta sin VKP period inom ramen för utvärderingens tidsperiod 1 april 2005–31 mars 2007.

⁹ Data från uppföljningsintervjun används och beskrivs närmare i avsnitt 6.

¹⁰ Klientkortet utarbetades av Anita Andersson (SiS Huvudkontor).

¹¹ Analyserna genomfördes på SiS. Förfarandet godkändes genom en ändring i ansökan till Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm (Dnr. 2006/1415-32).

lan juli 2004 och juli 2006.¹² De klienter som under tidsperioden 1 juli 2004–31 december 2005 ingick i Vårdkedjeprojektet jämförs således med övriga klienter från övriga landet samt med de klienter från VKP-kommunerna/stadsdelarna som tackat nej till projektet, eller inte deltar av annan orsak.

Totalt innehåller datafilen 977 individer. DOK-intervjuer saknas för 39 av dessa klienter (4%). Tjugofem procent av klienterna har kort DOK-In och kort DOK-Ut. Många har emellertid gjort både lång DOK-In och DOK-Ut intervju (432 personer, 44%).

I bilagan jämförs huvudsakligen 74 VKP-klienter med 864 klienter från övriga landet samt med de 39 klienter från VKP-kommuner/stadsdelar som inte ingår i Vårdkedjeprojektet. Det är en liten grupp att jämföra med. Det är också generellt problematiskt att ange procent när gruppen består av färre än 100 personer. Det låga antalet individer gör att analyserna inte kan utföras med signifikanstesternas (ANOVA och Chi²) förutsättningar som därför har uteslutits. Procentsatserna, där sådana anges, ska tolkas med stor försiktighet.

Under den tidsperiod (1 juli 2004–31 december 2005) som studerats i klientstudien var 174 §13 eller §4 LVM-ärenden aktuella från VKP-kommunerna/stadsdelarna (Eskilstuna, Katarina Sofia, Maria Gamla stan, Uppsala och Örebro) fördelat på 150 personer. Örebro hade flest ärenden följt av Uppsala. Sätter vi siffrorna i relation till befolkningmängden i områdena intar Örebro toppplaceringen med 52 LVM-ärenden per 100 000 invånare, följt av Uppsala med 36, Eskilstuna 25, Katarina Sofia 22 och Maria Gamla stan med 12 LVM-ärenden/100 000 invånare.¹³

Av ärendena från Eskilstuna, Örebro och delvis Uppsala övergick en ganska låg andel av § 13-placeringar i § 4-placeringar. Totalt sett placerades de flesta ärendena på en av de tre VKP-institutionerna. Andelen som placerades på andra institutioner var tämligen hög i Uppsala. De två stadsdelarna i Stockholm skiljer sig från de tre andra kommunerna dels vad gäller antal ärenden och dels vad gäller användandet av § 13. LVM förefaller bara initieras om det är tämligen klart att ärendet övergår till en § 4 LVM-placering.

SiS (2004) räknade med 100 VKP-klienter per år, vilket hade genererat 150 VKP-klienter. I realiteten tackade 74 av 98 möjliga klienter ja till att delta i Vårdkedjeprojektet. Deltagarandelen var lägst för Uppsala, vilket kan förstås mot att många klienter placerades på andra LVM-institutioner än de tre utvalda VKP-institutionerna.

Vad gäller social situation och problem vid inskrivning till LVM visar

¹² Den här jämförelsefilen fanns redan att tillgå på SiS och det hade varit tidskrävande att ta fram ny datafil som exakt överensstämde med den här studerade tidsperioden.

¹³ Eskilstuna hade den 31 december 2005 totalt 91 635 invånare, Maria Gamla stan 64 020, Uppsala 183 308, Katarina Sofia 45 871 och Örebro 127 733 invånare (www.scb.se, www.stockholm.se). Det är givet att dessa skillnader också skall tolkas mot bakgrund av bl a konsumtionsmönster och sociala förhållanden i kommunerna.

analysen att VKP-klienterna är yngre och i första hand narkotikaanvändare (amfetamin och hasch är vanliga primärdruger). Detta avspeglas även i att VKP-klienterna i högre grad oroar sig över narkotika- och läkemedelsbruk än övriga LVM-klienter. VKP-klienterna önskar i högre grad uppnå total drogfrihet vilket speglar viss motivation till förändring.

Grupperna skiljer sig även signifikant åt vad gäller försörjningssituation. Det är mindre vanligt att VKP-klienter har sjukpenning/bidrag eller förtidspension och vanligare att de haft socialbidrag som huvudsaklig försörjning. VKP-klienterna är mer oroade över sin försörjning. Dessa skillnader hänger samman med att VKP-klienterna rapporterar ingen eller kort regelbunden arbetslivserfarenhet. VKP-klienternas yngre ålder kan förklara denna skillnad. Det förefaller mindre vanligt med aktuella psykiska problem bland VKP-klienterna än bland övriga LVM-vårdade. Däremot uppger VKP-klienterna i högre utsträckning än övriga att de vårdats inom psykiatri (öppen- och slutenvård). De har även i högre grad än övriga dömts för tillgrepps- och narkotikabrott, tidigare vårdats för narkotika- och läkemedelsbruk samt enligt LVU. Under de senaste sex månaderna innan inskrivning hade VKP-klienterna i högre utsträckning än övriga haft kontakt med kronofogdemyndigheten och socialtjänstens ekonomiska biståndsenhet.

Grupperna jämförs med avseende på den vård de fått under LVM-tiden och under §27-placeringar samt vilken planering som finns vid utskrivning från LVM. VKP-klienterna placeras oftare enligt §13 LVM än övriga. De stannar längre tid på LVM-institutionen. En högre andel placeras enligt § 27 LVM, men det tar cirka två veckor längre innan placeringen genomförs jämfört med övriga klienter som placeras enligt § 27. VKP-klienternas § 27-placering avser oftare utskrivning till eget boende, öppenvård och familjehem än övriga, som oftare §27-placeras på annan institution. Vid utskrivning från LVM skiljer sig grupperna något åt: De flesta skrivs ut till eget boende. I VKP-gruppen är det något vanligare med utskrivning till eftervård, inackorderingshem eller stödboende, eller fortsatt vård på HVB/behandlingshem.

VKP-klienterna har oftare än övriga genomgått utredningar under vistelsen på LVM-institutionen (utredning om missbruk, social situation och motivation till behandling). Deras fysiska hälsa har mer sällan utretts. De insatser och den vård klienterna genomgått under vistelsen på LVM-institutionen skiljer sig även något åt mellan VKP-klienter och övriga: VKP-klienterna har oftare angett att de har avgiftats eller genomgått läkemedelsnedtrappning, lämnat urinprov, HIV-testats och fått tandvård. VKP-klienter har oftare fått samtal av förändrande karaktär, både i grupp och individuellt och både under institutionsvistelsen och under §27-placering. Detsamma gäller för Återfallsprevention (ÅP). Under institutionsvistelsen fick VKP-klienterna i högre utsträckning någon slags utbildning, arbetsträning eller social färdighetsträning. Övriga LVM-klienter hade i högre grad fått ekonomisk hjälp vid institutionen än VKP-klienterna (ingen skillnad mellan grupperna under §27-tiden). Den vård

VKP-klienterna fått under LVM-tiden skiljer sig således främst under själva vistelsen på LVM-institutionen. Under §27-placeringar förefaller klientgrupperna få tämligen likvärdiga insatser.

VKP-klienterna skiljer sig från övriga klienter på 9 av 34 möjliga kontakter med olika myndigheter under institutions- och §27-tiden. VKP-klienterna har i högre utsträckning haft kontakt med socialtjänstens ekonomiska biståndsenhet och öppenvårdsprojekt. De planerade i högre grad att ha kontakt med behandlingsansvariga socialsekreterare och öppenvårdsmottagning för alkohol eller narkotika. VKP-klienterna skiljer sig inte från övriga klienter vad gäller (planerade) kontakter med kronofogdemyndigheten, frivården, försäkringskassan, strukturerad dagverksamhet, psykiatrin, LVM-institutionen, självhjälpgrupper eller anhöriga.

Vad gäller eventuella behandlingsplaneringar vid utskrivning skiljer sig grupperna åt på två av sex områden: VKP-klienterna har oftare en plan för försörjning och missbruk.

De skillnader som framkommer kan i mångt och mycket förklaras av att VKP-gruppen innehåller många – unga – narkotikaanvändare. För att sammanfatta skillnaderna mellan VKP-klienter och övriga kan vi säga att VKP-klienterna är yngre och använder narkotika. Få i gruppen har psykiska problem. De oroar sig mer än övriga LVM-klienter över flera livsområden (boende, försörjning, sysselsättning, narkotika och läkemedel, fysisk hälsa och kriminalitet). De önskar i högre grad förändra flera områden (boende, sysselsättning och kriminalitet) och anser sig behöva få hjälp med detta (boende, levnadsform, försörjning, sysselsättning).

3 Vad innebär Vårdkedjeprojektet enligt klienterna?

Resultatredovisningen i detta kapitel är strukturerad kring hur Vårdkedjeprojektet presenteras för klienterna i informationsbroschyren (s. 60).

Vårdkedjeprojektet presenteras som ett *unik* tillfälle. Klientens behov är i fokus och ett *helhets- och långsiktighetsperspektiv* ska beaktas. Vidare poängteras att Vårdkedjeprojektet är *frivilligt* och klienten kan välja att gå ur projektet. Klienten får veta att Vårdkedjeprojektet avser att *stärka vårdens kvalitet*. Detta är de områden som diskuteras här. Syftet med detta avsnitt är således att studera i vilken mån klienterna upplever projektet i enlighet med den bild som presenteras för dem. Frågor som ställs i avsnittet rör klienternas inledande förväntningar på Vårdkedjeprojektet: Vad är det som gör att klienter går med i projektet? I vilken mån upplever klienterna att Vårdkedjeprojektet är frivilligt och upplever de att det arbetar långsiktigt? I avsnittet beskrivs även hur de förhoppningar som Vårdkedjeprojektet ger kan gå i kras när klienten inte får den hjälp som "han" trodde att projektet kunde ge. Slutligen presenteras hur klienterna upplever vården på institutionerna samt den nya metoden CRA.

De motiveringar till att gå med i Vårdkedjeprojektet och de förväntningar

som klienterna inledningsvis för fram kan grupperas i några områden som presenteras nedan. Inget av dessa skäl dominerar kraftigt över ett annat och det är vanligt att klienter uppger flera skäl till varför de går med i projektet.

”Vårdkedjeprojektet är ett unikt tillfälle” – till vad?

Från klienternas håll förmedlas inledningsvis främst en positiv bild av projektet, så som idén presenteras för dem. Efter hand går ibland rykten på institutionerna om att Vårdkedjeprojektet inte är bra. Några klienter jämför Vårdkedjeprojektet och samordnare från olika kommuner.

De flesta klienter uppfattar det som positivt att Vårdkedjeprojektet antar ett helhetsperspektiv och poängterar att det är viktigt att även beakta klientens *boende, ekonomi, sysselsättning och fritid*.

IP: Ja. Hjälpa mig med sysselsättning på dagarna och boende. Det var ju det. Så som det presenterades för min liksom: ”Vi är här, vi hjälper till så att du får göra något på dagarna, sysselsättning och att du får ett boende när LVM:et är slut. Så att du inte blir hemlös” (-35, LVM-tiden).

Tiden *efter institutionstiden* anses viktig. Många klienter relaterar till tidigare erfarenheter då de lämnats med en resväska på en centralstation. De vill inte att det ska upprepas och de ser VKP som ett skydd mot detta, samt som en *”gräddfil”* tillbaka till avgiftning och vård om så skulle behövas. Klienter går med i Vårdkedjeprojektet ”för då har man ju någonting efter man kommer ut här, efter LVM:et” (-35, LVM-tiden).

Jag tänkte att det [VKP] kunde vara en trygghet. De pratade om ett och ett halvt år har jag för mig och jag tänkte: ”Ska man vara i behandling i ett och ett halvt år?!” Så jag tänkte:” Nej, nej, nej”. Och sen fick jag det förklarar för mig och då tänkte jag att det kan vara ett slags trygghet. [...] Att det inte bara är: ”iväg med dig” och sen är det slut. [...] Ifall det skiter sig, så skulle jag kunna ha lättare att komma in på nytt på avgiftning. Och ifall att jag skulle vilja söka någon behandling så skulle jag få bättre möjligheter att få igenom det (35+, *efter VKP*).

Nära relaterat till erfarenheter av att lämnas efter LVM-tiden är klienternas tidigare dåliga relationer till socialtjänsten. Många berättar om tidigare LVM-vistelser då de kände sig bortglömda av socialtjänsten. Vårdkedjeprojektet kan tänkas hjälpa dem att driva på socialtjänsten.

Jag kommer inte ihåg vem som sa det först [berättade om VKP]. De förklarade att den personen ska stå närmast mig då, eller på min sida så att säga, och se till att mina behov blir tillgodosedda av kommunen. Och det lät ju bra, tycker jag. [...] För har man ingen egen vilja, eller det har man ju, eller jag har, eller det har vi alla som är här, men det är i alla fall soc och [LVM-institutionen] som bestämmer (35+, LVM-tiden).

Klienter tror och hoppas även att Vårdkedjeprojektet ska påskynda processen så att de snabbare kommer ut från institutionen, vilket även poängteras av samordnaren.

IP: Jag sa ju som det var till [samordnare]. Att sitta sex månader på [LVM-hem] och inte göra ett skit. [...] Det är ju bortkastat, och då sa [samordnare] att: "så kommer det inte funka nu, utan nu kommer jag jobba här med vårdplan och sen ska du få en § 27:a ganska snart. Det är ju inte meningen att du ska sitta här. Utan nu ska vi göra någonting här, så det händer något!" Och det är man ju inte van vid. Utan det är ju mest förvaring det har handlat om.

JS: Vad skulle du vilja uppnå då? Vad är dina önskemål?

IP: Ja, alltså, det har ju egentligen inget med alkohol att göra... Jag vill alltså ha § 27:a i [hemstad]. Så att jag får bo hemma [pga. privat situation hemma]. Det är det jag vill ha – en § 27:a hemma. Och sen kan jag ju göra vad som helst i [hemstad]. Det finns ju massor, det finns ju [behandlingsenhet]... Ja i sådana fall gör jag det bara för att tillfredsställa soc alltså (35+, LVM-tiden).

Det framgår av föregående kapitel att ganska många klienter väljer *att inte delta* i Vårdkedjeprojektet. En del klienter är psykiskt sjuka och onåbara. Andra orsaker är att klinterna inte vill ha någon behandling och inte heller tror att en samordnare kan förändra situationen jämfört med tidigare erfarenheter. I det senare fallet handlar det ofta om äldre klienter som länge haft kontakt med socialtjänst och tvångsvård och inte upplevt att de får den hjälp de vill ha.

IP: [irriterad röst] Kontrollerat boende och ha en massa folk uppe hos sig – Jag har tröttnat på det faktiskt. Jag har väl inte så många år och behöver plågas, kvar vet du. Det [VKP] är helt ointressant för mig. [...] Gå och kosta en jävla massa pengar, det går bra. Men sedan, ute då, får man ingen hjälp. [...] Super jag till där [kontrollerat boende], ja då blir jag avstängd – och det är en garanti att jag fortsätter. [...] Det finns ju inget annat att välja på, om jag vill gå ut härifrån. Lite med tvång allting. Jag har tröttnat på den där skiten. [...] Jag är så trött att hålla på och tjata om sådant här när man inte kommer någon vart. [...]

JS: Är du med i Vårdkedjeprojektet?

IP: Nej, jag är inte det för jag tycker inte att det är någon mening. [...] Man kommer ingen vart med det där. Vad jag vill, jag vill vara ifred, vill för fan inte ha en massa folk runt mig. Jag orkar inte med det – helt meningslöst (35+, LVM-tiden).

Det har också förekommit att klienter, som *har* en ordnad social situation, väljer att inte delta i Vårdkedjeprojektet som de uppfattar fokuserar mycket på just boende och sysselsättning.

Ja, jag tyckte det lät jättebra. Men om man tittar på de olika huvudingredienserna, en bostad, arbete. Bostad har jag och arbete – både och faktiskt. Det var inte det precis jag ville ha hjälp med så jag tänkte nej jag vill inte vara med, men annars hade det vart jättebra för många många andra. Det kan jag tänka mig, så det var det som gjorde att det kanske inte var någonting (35+, *LVM-tiden*).

Vid många intervjuer framkom att Vårdkedjeprojektet är något tämligen abstrakt och *ogripbart*. Klienter poängterade ofta i början av sin tid i projektet att de inte riktigt vet vad det är och kan göra för dem: "Jag har inte haft nytta av det så mycket än" (-35, *LVM-tiden*). Jag noterade att många klienter även efter att de varit med i Vårdkedjeprojektet en lång tid hade svårt att beskriva och säga vad det är. Till och med när jag intervjuat en klient som varit med i åtta-nio månader kunde "han" avsluta med att "han" inte riktigt vet vad Vårdkedjeprojektet innebär. Generellt kunde dock klienter efterhand bättre specificera vad samordnaren hade gjort för dem och vad Vårdkedjeprojektet kanske kunde ge dem.

JS: Om du nu så här i efterhand skulle beskriva Vårdkedjeprojektet för någon, vad skulle du säga då? Vad, vad har det varit?

IP: Nej, men "hon" har ju varit, eller de har ju varit samordnare, liksom. Och det här med när vi har haft möten och planering inför framtiden. Då är ju liksom X [samordnare] verkligen den som inte håller tyst, utan "hon" är delaktig i det hela. [...] Om jag skulle beskriva det för någon annan? Nej, det är svårt alltså. Det är svårt. Men det som man kan säga är ju att det är en överordnad instans lite grann så där, som... samordnar alltså. Jag har försökt förklara det för någon tidigare också men det går inte att förklara. Jag kan inte förklara det (35+, *efter VKP*).

Klienterna på institutionerna pratar om och jämför samordnare från olika kommuner. De diskuterar vilken hjälp enskilda klienter fått och hur ofta samordnaren kommer på besök.

Sen är det ju klart att man har pratat med andra [klienterna] då som absolut inte har gått med [i VKP] därför att de inte vill bli registrerade mer än vad de är då då. Det finns en allmän opinion mot vårdkedjan. Sen är det ju flera av oss som har det också som... [...] Ja, just det, den där från [samordnare från kommun] som dök upp sällan då då. Men, jag har ju haft det bättre då än de andra, det gänget alltså (35+, *efter VKP*).

Påpekanden om skillnader mellan kommuner och om hur missnöjda en del klienter är kan lätt sprida sig och ryktet kan börja gå.

IP: Jag tycker inte det borde finnas en samordnare alls.

JS: För att?

IP: För att det hjälper ändå inte till. Då kan man lika gärna lägga ner hela jävla allt. Det jag upplevt det går ju jag och berättar för alla andra i Vårdkedjeprojektet också. Ja menar det är flera som upplevt att det hjälper inte till med någonting. Så jag menar, det går man ju och sprider omkring sig när folk frågar: "Du, vad är Vårdkedjeprojektet". Det finns bara skitsnack om det. Det har så dåligt rykte alltså! Personalen säger bara: "Åh, det är jättebra!".

JS: Vad säger personalen då?

IP: Allt som har med soc att göra tycker ju de är bra. De håller ju varandra bakom ryggen. Nej, men mellan oss som bor här det är ju bara... Jag berättar bara vilket skit det är. [kommunens] vårdprojektet är inte bra! Det är ju en massa kompisar som har vårdkedjan – de har inte heller fått någon hjälp. Det är flera som åkte ungefär samtidigt med mig: "Jag har inte heller fått någon jävla lägenhet, jag vet inte vad de håller på med", sa de. Jävla eftervård ett halvår, var fanns den? Fanns ju inte någonstans. Ska väl de se till, att man får gå den där jävla eftervården. Fanns ju ingen eftervård. Vad är eftervård? Att gå själv till arbetsförmedlingen? Fanns inte ens uppgjort liksom på ett papper att nu ska vi göra såhär och såhär, så man ser vad man har framför sig (-35, *LVM-tiden*).

Vårdkedjeprojektet och den otydliga frivilligheten

I informationsbroschyren anges att deltagandet i Vårdkedjeprojektet är frivilligt. Denna frivillighet nämns ofta som en anledning till att klienter går med. Det visade sig dock i intervjumaterialet att det inte är så enkelt med denna frivillighet. De flesta är positiva till det frivilliga inslaget – speciellt med tanke på att de befinner sig i tvångsvård. Huruvida en klient är med i Vårdkedjeprojektet eller inte är dock ingen lätt fråga. En klient har möjlighet att ändra sig och gå ur och personalen kanske å andra sidan inte har uppfattat att klienten sagt sig vara med i Vårdkedjeprojektet.

Jag tänker att jag kan gå ur det efter en dag om jag vill det. Jag sa till "henne" [samordnare] när "hon" var här idag: "I praktiken kan jag, ja ni kan hjälpa mig få lägenhet och hjälpa mig att komma till [dagverksamhet], och sen när jag har fått min lägenhet så behöver jag inte vara med mer. [...] Då kan jag bara utnyttja det". Och då sa "hon": "Ja, det skulle du kunna göra, om du vill." Så, det spelar ingen roll ifall de hade sagt att jag skulle vara med i 2

år, eller 3 år. Jag kan ju gå ur efter 2 dagar [Intervju en månad senare:] Jag kommer att vara med så länge jag märker något, så länge det är positivt för mig och det inte blir någonting som jag tycker är jobbigt eller något som inte jag vill. Då kommer jag att hoppa av på en gång. Men än så länge har inte jag märkt några nackdelar (-35, *LVM-tiden*).

Det var soc då som, eller pratat om [VKP] då. Och den roliga grejen är att jag visste, eller, jag TRODDE faktiskt att jag VAR med då. Först sa jag nej, det är nog ingenting för mig. Men sen har vi pratat igen, så sa jag vi kör på det här... Det hade blivit någon miss där (35+, *LVM-tiden*).

I mitt fältarbete visade det sig också att det ofta inte var lätt att avgöra om en klient var med i Vårdkedjeprojektet eller inte. Personal på institutionen kunde meddela att en klient tackat "ja" och klienten sa "nej". När institutionerna, samordnarna och jag som forskare har sammanställt listor över vilka som deltar i Vårdkedjeprojektet har listorna inte alltid stämt överens.

Det finns flera klienter som mycket upprört har berättat om svårigheter med denna frivillighet i form av det omöjliga utträdet. Klienter som är besvikna på VKP säger till samordnaren att de inte längre vill vara med, men samordnaren – som jobbar uthålligt (jfr Palm) – dyker ändå upp. Detta upplevs som brist på respekt och skapar stor frustration bland de klienter som inte längre vill delta i Vårdkedjeprojektet: de gick med i projektet i tron att de enkelt kunde hoppa av.

Jag har ringt "henne" [samordnaren] flera gånger och sagt: "Jag vill inte vara med längre!" Då har "hon" ändå kommit till nästa soc-möte. Fast jag inte vill det. Och det där är ju en frivillig grej. Då tycker jag också det är ganska respektlöst när jag säger: "Jag vill inte ha med dig längre." Jag vill inte det för "hon" hjälper ändå inte till så då vill inte jag att "hon" ska sitta och lyssna på mitt privatliv. Och då så kommer "hon" i alla fall.[...] För "hon" tror att man ska ändra sig!? Och då har jag gjort det bara för att jag orkar inte sitta och diskutera, orkar inte sitta och tjata på "henne". Nej, vårdkedjan är ganska, så jävla usch. Det är det sämsta de har kommit på... Nej jag vill inte vara med... Det bara blir onödigt mycket personer runt omkring mig (-35, *LVM-tiden*).

I extrafrågorna om Vårdkedjeprojektet i DOK-Upp svarade fyra av 18 klienter att de vid något tillfälle gått ur projektet. Skälen var att Vårdkedjeprojektet hade "dåligt upplägg", att klienten "flyttade" från orten, "eftersom VKP-samordnaren inte kunde hjälpa mig. Det var för många personer inblandade. Jag hade ingen användning av [samordnare]. Jag har aldrig haft så bra kontakt med socialtjänsten som när jag gick ur projektet", "Jag fick för mig att det var en kedja av flera myndigheter inblandade, t ex polis och liknande. Jag trodde inte det var bra".

Klienter kan ibland uppfatta att samordnaren är ytterligare en kontrollant i raden av kontrollanter. Just känslan av att kontrolleras av samordnaren framförs ibland som en nackdel med Vårdkedjeprojektet.

IP: Ja, det kan bli för mycket. [...] Både soc då och [samordnaren] som hänger på. Men det gör ingenting. Jag har ju haft det förut så. Flera personer hänger på. Det kan ju bli jobbigt om det blir för mycket (35+, LVM-tiden).

En klient beskriver hur "han" gick med i Vårdkedjeprojektet eftersom samordnaren bara fortsatte att komma på besök och hur svårt det var att bryta kontakten med den enträgna samordnaren:

Jag ville inte vara med när "tanten" [samordnaren] kom. Ville inte ha någon vård, men "tanten" började komma i alla fall, kanske varannan vecka. Jag tröttnade. Det kändes som Jehovas vittnen eller något liknande, någon som kommer och knackar på (*Fältanteckningar 2005, -35, LVM-tiden*).

Oftast upplevs emellertid samordnaren som mindre kontrollerande än socialtjänsten. Det kanske är lika bra att hålla fast med samordnaren som kontrollant då för att undkomma socialtjänsten lite grann?

"Uthållighet och långsiktighet"

Exemplen ovan visar hur samordnarens uthållighet ibland kan upplevas som negativ av klienterna. Men klienter kan också uppleva att uthålligheten och långsiktigheten varit bra för dem.

IP: Vårdkedjeprojektet har varit... Jag har haft kontakt med X [samordnare] hela tiden. "Hon" har hjälpt mig, om man ser praktiskt [ekonomi, boende m m], en del med myndigheter. [...] På nåt vis, när jag har den här kontakten med "henne" så känner jag att även om jag krökar så är jag inte ute ur ruljangsen, utan att jag kan fortsätta, där jag slutat i stort sett.

JS: Hur har dina kontakter med socialtjänsten sett ut då [IP har avbrutit §27 tidigare]?

IP: Ja det är klart de tröttnar.

JS: Har du känt att de har gjort det?

IP: Ja det har känts som om de inte vill ställa upp längre. Det är väl i och för sig förståeligt. Men nu går jag i alla fall på den här [behandling]. Jag är där jag ska vara! [...] Det som är bra, tycker jag, är att man inte ska ramla ner till noll igen om man tar ett bakslag. Man ska snabbt kunna resa sig och fortsätta jobba. Och på något sätt så har jag, när det gäller den här kontakten med [samordnare], "hon" har aldrig tryckt ner mig, utan "hon" har fortsatt att jobba. Och sen så har vi ju gått igenom då vad som

har drivit mig till det och försöker titta på de här grejerna och göra något åt dem (35+, efter VKP).

Förväntningar på helhetsperspektivet

Att döma av de anledningar klienterna ger till att gå med i Vårdkedjeprojektet uppfattar de inledningsvis samordnaren och projektet som någon och något som kan hjälpa dem att få hjälp med andra saker än att bara förändra sitt alkohol- eller narkotikaanvändande. Klienterna tar fasta på "helhetsperspektiv" och tror ofta att samordnaren kan hjälpa dem att få sådant som socialtjänsten tidigare inte förmått hjälpa dem med. Efter två månader i Vårdkedjeprojektet hoppades en klient att samordnaren skulle kunna hjälpa "honom" till en bättre fritid:

IP: Ja, jag har bekymmer som jag har dragit upp: fritid, intressen. Jag har supit bort det. Måste ha något att göra på fritiden annars blir det ju samma historia igen.

JS: Känner du att X [samordnaren] kan hjälpa dig med det?

IP: Ja, det uppfattar jag det som.

JS: Bättre än socialsekreteraren kan?

IP: Ja. X [samordnaren] anstränger sig mera. Socialsekreteraren har jag bara kontakt med om det är något speciellt. Så vi har inte så närmare kontakt. Jag tror jag har pratat med "henne" [soc] fyra gånger sedan jag fick "henne". Jag vet inte vad jag ska prata med "henne" om (35+, LVM-tiden).

Utifrån sådana förhoppningar blir klienterna besvikna när de upplever att de löften som inledningsvis gavs går i kras. En lindrig besvikelse infinner sig då klienter uppfattade att samordnaren skulle besöka dem oftare. En del klienter har träffat sin samordnare mycket ofta – andra undrar vart "hon" tog vägen. Riktigt besvikna är klienterna när de upplever att samordnaren inte gör någonting.

IP: Både soc och samordnaren. [...] [samordnaren] kom jättemycket i början när jag fick LVM, då kom "hon" en gång i veckan eller någonting och sa: "Det ska bli så bra! Vi ska kolla lägenhet och jag ska hjälpa dig med en utbildning." Och jag sa: "Men vad finns det att bo i?". Ja, jag ska kolla upp det, svarade "hon". Och så kollar "hon" aldrig upp det. [...] Sen kom "hon" hit och så skulle vi ha plus och minus lista på vad som är bra och minus med det [en behandlingsenhet]. Och så sa "hon": Ja, det här ska jag ta med mig på nästa soc-möte nu så att du får din önskan igenom. "Hon" tog inte med det till nästa soc-möte. "Hon" bollade inte alls upp den och jag är lite skraj för min soc. [...] "Hon" har ju inte hjälpt till med någonting. Nu har "hon" inte hört av sig på, jag vet inte när, 6, 7 veckor. [...] De sitter

och lovar en massa grejer, att de ska fixa en massa sen gör de ingenting. Jag menar, det här med att bygga upp förtroende, det är skitsvårt om man har missbrukat, att man ska börja lita på en annan. Så okej, du får börja ta kontrollerna över mitt liv. Du ska få hjälpa mig, du fixar boende. Så gör "hon" inte det!. Då blir det ju helt kaos, då måste man göra allt själv och då blir man, man får ju panik alltså! Nu har jag två månader kvar och jag fattar inte hu jag ska hinna fixa allt. För att "hon" hjälper inte till. [...] I början tyckte jag, "hon" lät ju skitbra, "hon" satt ju och lovade massa saker. Jag trodde verkligen "hon" var på min sida. Men det visar sig fan att "hon" inte var. Vet inte vems sida "hon" är på? (-35, efter VKP).

Klienternas berättelser om detta upplevda svek är lättare att förstå om det speglas mot klienters tidigare erfarenheter av att inte ha fått den hjälp de känt att de behövt. När klienterna sedan hoppas på att samordnaren kan göra en skillnad – så är det nya förtroendet bräckligt:

IP: Min soc "hon" sa såhär, ja de brukar vara ganska snabba med och fixa lägenhet men så ringde jag till dom själv igår då och då sa de: "Nej så fort går det inte!" De håller ju inte vad de lovar! Då går jag och bygger upp någon sån här, å vad allt ska bli bra såhär, mår verkligen bra. Sen när man kommer till den här punkten då bara, nej, då får man ett nej eller en besvikelse. Då bara faller ALLTING. Allting bara rinner ut i sanden! Så man bara drar och så tänker man inte alls. Och det är det som är så tungt. Då får man ta all skit själv. Det blir ingen bra behandling, ingen bra vård, ingen bra förvaring. Usch, jag är så trött på det här. Så, jag HOPPAS verkligen att det blir bra den här gången [när samordnaren är med]! Blir det inte det, då drar jag igen. Det fan vill jag inte. Jobbigt, tycker jag, är onödigt att de kastar ut så mycket pengar på någonting som inte funkar alls – på en planering, att det blir en rätt bra planering och behandling, en bra planering, som funkar som håller, som är i samtycke med mig också. Sen att de ska hålla det de lovar.

JS: Tror du att det blir bättre då när X [samordnaren] finns med nu? Att du ska få säga till mera.

IP: Ja det tror jag, men sen så är "hon" lite stressad, mycket att göra och såhär. Men den här gången ska jag se till själv så att det blir rätt (-35, LVM-tiden).

Klienternas syn på vårdkvalitet

Syftet med Vårdkedjeprojektet är även att förbättra vårdens kvalitet. Vad som räknas som god kvalitet anges dock inte. Vårdkedjeprojektet har inneburit utbildning av personal vid både institutioner och kommuner i olika behandlingsmetoder såsom CRA och MI (se Fäldt resp Palm i denna rapport). Hur

har då klienterna upplevt den vård de fått? Nedan beskriver jag enbart hur klienterna upplever den vård de fått vid den aktuella institutionen samt hur det fåtal klienter som har erfarenhet av CRA berättar om det.

Klienterna uttryckte sällan att vården på institutionen i form av olika grupper eller föreläsningar har hjälpt dem. Vid frågan om hur klienterna upplever institutionen och behandlingen där blev det spontana svaret oftast att detta inte är någon behandling, det är bara förvaring. Många menar att tvånget förtar motivationen.¹⁴

IP: Det är så hjärndödande så du vet inte! Sådär är det på "grupperna", om det inte är någon som håller på och knäppar sig, dummar sig och tokar sig! Vi lyssnar men det är ingen som säger speciellt mycket. Det är lika på [olika slags samlingar, föreläsningar, grupper]. Men så blir det ju när man tvingas till allting!

[...] De där mötena vi åker på [AA/NA-möten utanför institutionen], att det är obligatoriskt!! Alltså folk mår så jävla dåligt när de ska åka dit, eftersom man sitter där och suger näring ur de stackarna som går dit för att de behöver det, och vill det själva! Vilket jag har gjort – [...] för att jag ville det, och då pratade jag. Nu sitter jag bara där och håller käften; "Nä tack, jag lyssnar idag." Och så säger vi hela ligan nästan som åker dit, för att vi är dittvingade, det känns inte äkta!

JS: Ingår det att ni måste gå på möten?

IP: Ja, vi måste! Det kommer ju knappt någon annan. [...] Sedan är det vi härifrån! [...] Och alla sitter; "Lyssnar idag". De har ju varit på oss om det: "Det skulle vara kul om någon av er pratar någon gång..." Men det blir inte naturligt, för vi har inte valt att gå på det där mötet! Jag säger ingenting om "grupper" när de sker här på området, det drabbar bara oss va, och personalen, och de är här och får betalt, men där borta är det frivilligt! Och där sitter vi och suger näring! Jag skäms att gå på mötena. Jag skäms! Och så kommer vi i flock! I en buss! [...] Omyndigförklarade... [gnälligt] "Nu går ni dit för annars får ni inte åka på utflykt på [veckodag] förstår ni! Då blir det indraget!" Ja, vad ska vi göra?! Ja, och det blir inget bra! Men det jävliga är ju att det är folk utifrån som får lida! Jag skäms! Vi sitter där nertvingade. [...] [personalen] tror, att de här mötena, om vi får in rutin, om det tjasas tillräckligt så blir vi sådana anhängare av AA/NA att vi klarar oss inte utan det! Det är bara det att det blir helt motsatt effekt (35+, LVM-tiden).

Ofta handlar kritiken om att föreläsningarna, grupperna eller terapin inte är anpassade efter klientens behov. Klienter säger ofta att grupperna är för

¹⁴ I citaten skriver jag genomgående "grupper" då klienterna refererar till olika gruppaktiviteter på institutionerna.

triviala och de upplever att personalen som håller i grupperna inte riktigt vet vad de pratar om.

IP: Här är det "grupper". Så att det är ju ingen behandling här [...] [jämför annan behandling med den på institutionen]. Och sedan att de inte är på samma nivå som en själv. De tror att de är bättre eller så. De är lite okunniga om sjukdomen missbruk, alltså....

JS: Tänker du på personalen här nu?

IP: Ja de är väldigt sådär, jag vet inte. Jag kan sitta och berätta för dem liksom och de bara: "Jaha...". Det är lite, det är lite synd att det är så här (-35, LVM-tiden).

Vissa klienter upplever att de behöver mer djupgående hjälp än den som ges i grupperna. Det är inte helt ovanligt att klienter efterfrågar *mer* behandling eller terapi då de känner att LVM-institutionen inte kan hjälpa dem. En klient längtar efter en §27-placering och vidare behandling eftersom "han" känner att "han" på institutionen inte "kommer [...] framåt som människa, utan står på samma ställa och trampar" (-35, LVM-tiden).

Några klienter säger upprepade gånger att behandlingen inte är bra och att tiden på institutionen kan karaktäriseras som förvaring. På förfrågan har de haft svårt att beskriva den ultimata behandlingen. En del, oftast yngre klienter, refererar till att de vill ha mer sysselsättning – i form av aktiviteter – och någon direkt behandling efterfrågas inte. Andra kan referera till en viss behandling eller en viss terapeut de tidigare upplevt som bra:

JS: Vad är en bra behandling för dig?

IP: [tyst 7 sek] Oj, oj, oj vad svårt. Jag kan inte svara på det.

JS: Nej, men om vi säger så här istället då, under den här tiden sen du kom till [LVM-institution] och fram till idag, skulle du säga att du har haft behandling då och vilka delar skulle du säga är behandling?

IP: Ja man kan ju säga att behandling är att se till att en människa avhåller sig från droger rent handgripligt, som det är på ett LVM och även genom att sätta upp regler och förordningar. För behandlingen gör man ju själv egentligen. Som här till exempel, de har behandling i form av att man kanske åker ut och sysselsätter sig med saker och ting. Jag tycker inte om det.

JS: Tycker du att det är behandling? Att göra aktiviteter?

IP: Ja för vissa tror jag att det är det, men inte för mig (35+, eftervården).

IP: 12-stepsbehandling tycker jag är väldigt bra, och att man liksom jobbar utifrån vad varje individ behöver. Man kan kombinera gruppterapi och

enskild. Sedan berättar man ju sin livshistoria först, och då tar de ut det som de märker att man behöver jobba mest med. [...] Får en uppgift om det som redovisar i gruppen. Och sedan får man speglingar då på det man har berättat och sådär, så det är väldigt bra.

JS: De här grupperna man har här då [institutionen]. Hur ser de ut? Tycker du de har någon effekt på dig?

IP: Nä det är mer pysselgrejer. Ibland är det bra, men det är inte... Nä det ger inte mig så mycket (-35, LVM-tiden).

Ibland förekommer att klienter upplever att en särskild person vid institutionen har varit till hjälp för dem.. Det handlar snarast om en person som har sett klienten. Det kan också, ovanligare, vara så att en klient upplever att en viss person i samband med rätt metod, på institutionen, har kunnat hjälpa dem.

CRA

Community Reinforcement Approach (CRA) var den behandlingsmetod som specifikt valdes för Vårdkedjeprojektet. VKP-klientkortet inkluderade frågor om vilka klienter som deltagit i CRA-terapi. Tabell 1 redovisar hur många av de 74 VKP-klienterna som fått CRA i olika omfattning.

Tabell 1. Deltagandeandel i CRA enligt VKP-klientkort, antal

	Antal
Deltagit i CRA	24
Antal sessioner (av 18)	
1-3	4
4-6	7
7-10	7
11-14	2
CRA-terapeut under LVM-tiden	
LVM-institutionen	12
Samordnaren	7
Kommunen	5
Institutionen + samordnaren	3
Institutionen + kommunen	1
Deltagit i CRA under eftervårdstiden	21
CRA-terapeut under eftervårdstiden	
Samordnaren	6
Kommunen (inkl. öppenvård)	14
Kommun + samordnare	1

Enligt klientkortet har endast en tredjedel deltagit i CRA. I genomsnitt har klienterna fått 6 sessioner (av 18). Ingen har fått fler än 14. Det är i första hand institutionen som agerat som terapeut under LVM-tiden, följt av samordnaren och kommunen. Tjugoen personer deltog i CRA under eftervårdstiden. Det var

då vanligast att terapeuten kom från kommunen (inklusive dess öppenvård), följt av samordnaren.

Klienternas CRA-deltagande skiljer sig mellan VKP-kommunerna. Det är framför allt Örebro som särskiljer sig genom att endast en person deltagit i CRA och 13 tackat nej. I de övriga kommunerna deltog cirka hälften. En jämförelse mellan alkohol- och narkotikaanvändare (primär drog) visar att det var vanligare att alkoholanvändare deltagit i CRA.

Några extra frågor om hur klienter upplevt CRA lades in i DOK-Upp. 9 av 19 klienter som följdes upp sa att de "under de senaste 12 månaderna genomgått CRA-behandling". Av dem angav fyra att "CRA varit till hjälp" och fem svarar att CRA inte varit till hjälp för dem. De som var positiva angav följande motiveringar:

- "Hade varit bra oavsett vad det heter bara jag fick prata av mig med kontaktpersonen på X (LVM-hemmet)"
- "Gav rätt mycket. Rörde upp mycket känslor "
- "Tycker bäst om individuella samtal. Bra kontaktperson på X (LVM-hemmet)"
- "En öppning till frihet. Nytt verktyg som jag behövde "

De fem som inte tyckte att CRA hjälpt dem uppgav följande skäl:

- "Avbröt CRA eftersom det blev tjatigt – orkade inte prata"
- "Rör bara upp en massa negativa känslor. Ångestframkallande"
- "Vi kom inte fram till vad jag behövde genom detta. Svaren på frågorna blir olika beroende på hur man mår. Det hade säkert blivit annorlunda om jag varit deppig. Jag tycker att det varit ok hela tiden. Därför har jag inte blivit hjälpt av CRA"
- "Behöver inte CRA. Jag är medveten om vilka problem jag har"
- "Därför att jag konstaterade fakta. Jag gjorde iakttagelser av vad jag gjort. Jag vet vad jag ska göra, men gör det inte ändå. Mycket snack och lite verkstad. Kanske var jag missnöjd med terapeuten".

Ur det kvalitativa intervjumaterialet och fältanteckningarna framkommer att klienter ofta inte känner till CRA och att de ofta förhalar initierande av och deltagandet i CRA för att de inte riktigt vet vad det är. Ofta har klienterna även någon annan slags behandling och de vill inte gå flera behandlingar samtidigt. I det första exemplet nedan föreslås CRA som metod till en klient vid en vårdplanering:

IP: Ja, jag vet inte vad CRA är för någonting.

Samordnare: Vem kan förklara det?

SiS: Det skulle ju X [på institutionen] kunna ta en information om, men "hon" är sjuk i dag. [tyst ca 7 sek]. Ja, det är nog ingen som kan ge en bra förklaring idag, utan det ska ju vara någon som är utbildad i CRA i så fall...

Men det är ju en serie samtal som man har med en och samma person, och man börjar med att göra en funktionsanalys då och som man sedan då utgår ifrån.

Samordnare: Och det är väl lite för att skaffa sig verktyg, att "Hur ska jag tänka när det blir så här?"

IP: Det har jag, det har jag.

Socialtjänst: Och det är en given serie samtal utifrån... Jag vet inte riktigt hur många samtal de brukar ha men, men det är ju givna ämnen för varje samtal. (35+, *LVM-tiden*).

JS: Det här CRA. Har du och X [samordnare] börjat med det, eller ska ni göra det?

IP: Nej. Nej vi har inte gjort det. Och DET måste jag säga att det är jag väldigt tveksam till. Jag vet inte riktigt vad det går ut på heller. Så att jag har sagt att "hon" ska, att vi ska göra det men jag vet inte. Vi har inte börjat i alla fall. Jag fattar inte riktigt vad det är (35+, *eftervården*).

En del klienter uppskattar CRA men CRA konkurrerar ofta med andra aktiviteter:

IP: Nä, men det är ju bra [CRA], alltså, vad ska man säga, det är ju frågeformulär alltså, kan man ju säga. Det är väl rätt bra frågor man får fundera på. [...] Ja, funktionsanalys har jag gjort och sedan triggars.

JS: Vad tycker du om det här att du ska byta till X [annan CRA-terapeut]?

IP: Egentligen är det ju bäst att ha samma person då. Första CRA-mötet blir ju ingenting, det blir ju bara blaj, det blir ju bara att gå igenom vad vi har gått igenom. Och sedan i och med [praktiska saker] så blir det ju bara en gång i veckan.

JS: Skulle du vilja ha det oftare?

IP: Jag skulle vilja ha det oftare... Men jag vill ju inte ha CRA samtidigt som det här [12-steps inriktad behandling]. Jag tror det kan bli lite mycket. Först [den 12-steps inriktade behandlingen], sen ska man gå på möten och sedan ska man ha CRA och sedan ska man ha hemuppgifter och sedan är det en massa annat. Man ska ju laga mat också! [skratt] (35+, *LVM-tiden*).

Klienter återkommer i sina reflektioner över när CRA varit bra och dåligt flera gånger just till sin kontakt med terapeuten. Vilken CRA-terapeut klienter har spelat också stor roll för vilken riktning samtalen går. Det kan bli komplicerat när en socialsekreterare som vanligtvis hanterar praktiska saker ska ge CRA:

IP: Jag träffar ju X [CRA-terapeut], CRA-samtal då.

JS: Hur har det gått då?

IP: Nej det, att vi tar det lite så där, ja sporadiskt, under tiden som den här andra behandlingen har varit. Utan "hon" har väl mer koncentrerat sig på att fixa boende åt mig då. [...] (35+, *eftervården*).

Klienter kan vara nöjda med CRA. Men det förefaller som att CRA är mer attraktivt under institutionsvistelsen, vilket kan förklara att ingen av dem som haft CRA slutfört alla 18 sessioner.

IP: Ja det var bra att göra [CRA] på [LVM-hem]. Där var man ju så jävla uttråkad så man tyckte det var: "Ja, nu händer det något! Ja, nu ska vi ha CRA-samtal! Oh, vad kul!" Här är det mer såhär "Fan, ska jag dit och snacka med [CRA-terapeut]. (35+, *LVM-tiden*).

Det kan vara svårt att ta till sig CRA-innehållet efter en längre tids drickande eller drogande.

IP: Jag vet inte hur många [CRA-samtal haft], men det är några stycken i alla fall. Nej men det är liksom, jag konstaterar fakta. [...] Jag berättar bara som det är och [CRA-terapeut] säger bara att jag har ett sunt resonemang: "jaha du menar så och så och så", "nej, jag menar så här och så här", "jaha, okej du menar så och så", "nej, nej". "Hon" missförstår hela tiden. [...] Det är bara slöseri med tid att jag går dit, känner jag. [...] Det ger ingenting. "HON" kastar bort sin tid liksom. Och det är inte rätt mot "henne" heller (-35, *eftervården*).

4 Klientens uppfattning av sin delaktighet i vård och planering

Klienters delaktighet i vård och planering anses nödvändig för att nå lyckade behandlingsresultat. Klientens delaktighet, samförstånd och respekt för individens självbestämmande skall också ligga till grund för socialtjänstens arbete enligt Socialtjänstlagen. Det är emellertid problematiskt när det handlar om tvångsvård. LVM ska ges när alla möjligheter till insatser i samförstånd med den enskilde anses otillräckliga eller omöjliga. LVM inleds därför i ett skede när klienten inte vill samma sak som socialtjänsten, d v s frivilligt minska sitt droganvändande.

Tvånget i tvångsvården har studerats av Johnson och Svensson (2006). De beskriver den inledande objektiveringen och överflyttningen till LVM-institutionen på följande sätt: I inledningsskedet "positioneras aktörerna i förhållande till varandra. Socialsekreteraren är subjekt med tolkningsföreträde och missbrukaren är objekt som skall passa in i kategorin 'i behov av tvångsvård'. [...] Interaktionen dem emellan varierar beroende på deras respektive tidigare erfarenheter och deras förväntningar på varandra" (s. 29).

De poängterar att klienten genom tvångsomhändertagandet förlorar rätten att fatta beslut om sitt eget liv. Klienten förväntas acceptera tvånget, se det goda i det och betrakta sig själv som ett underordnat objekt. Därefter följer en långsam vardag och en långdragen process med långsamt tempo, vilket upprätthåller objektiveringen. "Det är en hel uppsättning verktyg, relationer, rutiner och ritualer som tillsammans bildar tvånget. [...] Det är en kedja av ritualer som omvandlar det missbrukande subjektet till ett objekt för vård, det vill säga en 'motiverad missbrukare' för att sedan förvandla denne till en 'normal medborgare'" (Johnson & Svensson 2006:35). Målet är ändå successiv frihet och en ny subjektivitet hos klienten, en "normalitet".

Vi kan här återknyta till Lenz Taguchi (2004) som menar att "subjektet är något som blir till (görs) i våra kulturellt konstruerade föreställningar om vad ett subjekt är och kan vara. Dessa föreställningar formulerar och kommunicerar vi med hjälp av våra olika mänskliga uttrycksformer; kroppens rörelser och uttryck, tal, ljud, skrift, bild etc." (ibid.: 53). De förväntningar och bilder vi har av klienten, klientens tidigare erfarenheter, liksom tvångsvårdssituationen med dess olika symboler och regler är av vikt för att förstå hur överenskommelser sluts och upplevs av klienten.

Vårdkedjeprojektet skulle bygga på klientens delaktighet. En behandlingsplan, eller överenskommelse (ÖK), upprättas "i samråd med den enskilde" (SiS 2004: 4). Klient, SiS och socialtjänst tillsammans gör en *överenskommelse som ser till helheten kring klienten* och dennes liv. Överenskommelsen ska utgöra *utgångspunkten för arbetet* och ska *tydliggöra klientens behov*. I överenskommelsen kan många områden ingå – inte enbart missbruk och beroende.¹⁵ Vidare ska Vårdkedjeprojektet medföra att klienten *får en mer långsiktig planering som utgår från klientens olika behov* och ett *ökat deltagande i behandlingsplaneringen*. Projektet bygger på *frivillighet och långsiktighet*.

VKP-överenskommelsen ska dokumenteras i en särskild behandlingsplan. Vid ett ÖK-möte ska klienten sätta upp olika *behandlingsmål*. Långsiktiga mål (12 månader) bryts ner i kortsiktiga delmål. Med en *nulägesanalys* beskrivs inom vilka områden klienten har problem och av vilken typ och av vilken omfattning dessa problem är. Denna analys ska baseras på ASI-intervjun. Vid mötet diskuteras vad som behövs för att åtgärda problemen i form av lämpliga och effektiva åtgärder.

Nyckelfaktorer vid överenskommelsen är deltagarnas samlade bedömning. "*Samförstånd och delaktighet* är av högsta värde. Kommunikation med klient och socialtjänsten kontinuerligt under hela processen. Förutbestämda träffar med *tydligt innehåll*" (Vårdkedjehandbok 2005:8, mina betoningar). Klienten förväntas också vara "aktivt delaktig i genomförandet av insatser" (Vårdkedjehandbok 2005:9).

¹⁵ Andra områden är psykisk och fysisk hälsa, familj – nätverk, arbete/sysselsättning/utbildning, boende, kriminalitet, fritid/personlig utveckling, övrigt.

Sammantaget visar forskningen kring tvångsvårdssituationen och retoriken om den delaktiga klienten på en motsägelsefull praktik. I detta kapitel analyserar jag mina egna observationer av och klienternas berättelser om sin delaktighet i vårdplaneringen och vid VKP-vårdöverenskommelser (ÖK-möten), framför allt under vistelsen på LVM-institutionen. I vilken grad känner klienter samförstånd och delaktighet i sin vårdplanering och i fastställandet av behandlingsmålen? Känner klienterna att det finns olika alternativ och en frivillighet? Redovisningen kompletteras av de frågor som handlat om klienternas upplevelser av vårdplaneringen ur DOK-Upp intervjun som besvarats av 19 klienter.

Tvångsvårdssituationen som objektivering

En klient uttrycker mycket tydligt hur *kränkande* och förnedrande tvånget är och hur detta gör att "hans" motivation minskar.

IP: Om jag vill... Vi säger att om jag går till socialen, och säger att jag vill sluta knarka, jag vill gå in i en behandling. Då tycker jag det är okej. Men om inte jag vill, då tycker jag inte man ska låsa in folk utan sin vilja. Förstår du? För du behandlas som skit här inne tycker jag. Du får inte ens ha på dig dina egna kläder. Det är fan förnedrande. Gå i såna här jävla pyjamas hela dagarna. Det är fan förnedrande. Vadå, min pappa har velat komma hit flera gånger. Vadå, jag vill inte att han ska komma hit och se mig så här. [...] När mitt LVM försvinner. [...] Jag kommer rakt ut att säga att jag vill inte ha med er att göra. [...] Så enkelt är det. Acceptera det eller inte, det skiter jag i. Jag kommer inte att ha någonting med dem att göra. Alltså, allt på grund av att man blir tvångsomhändertagen. Du blir förnedrad, du får komma hit, förstår du, och klä av dig helt jävla naken, som att, du har gjort något jävligt kriminellt! Klä av dig naken framför folk som du, för första gången i ditt liv har sett, och sen ska du klä av dig naken framför dom, och sen står de och tittar på dig! Förstår du? Och det, att komma hit och bli inlåst på sådant sätt! Det är klart att jag blir hatisk mot soc:en och mot alla människor omkring mig. För jag har inte gjort något brott! Förstår du? Det brott jag har gjort, det är att knarka. Och det är en sjukdom, säger dom. Varför ska inte jag få medicin mot min sjukdom istället för att jag ska låsas in? Jag menar, epilepsi, det får du medicin för. Cancer, det får du medicin för. Och om de nu påstår att missbruk är en sjukdom, då ska jag ju kunna få medicin för det. Inte kränkas! Förstår du?

JS: Vad var det som gör att du är med i vårdkedjan så länge du är här [institutionen] då?

IP: Ja det gör det lättare att komma ut härifrån. [tyst 5 sek] Eller så tycker jag att [§27- placering] är bra. Kanske jag vill stanna där. Det vet inte jag. Men så som jag känner just nu så vill jag inte. Jag menar, jag vet att det är

fel att knarka, förstår du? Varje dag ska man sitta på sina jävla grupper och de grupperna har jag hållit på med i tre jävla månader. Samma jävla grej som snurrar runt... Jag har hört det tre-fyra gånger om. [...] Jag ville sluta när jag kom hit i början, då var jag väldigt motiverad till att sluta. Men, jag menar, jag har varit inlåst här, och motivationen åker ner i backen, när du blir inlåst så här, blir kränkt! Du åker ner i backen, förstår du vad jag menar? (-35, LVM-tiden).

Det som förs fram i citatet är beskrivningar som många klienter använder under institutionsvistelsen. "Han" känner sig förnedrad och kränkt. LVM-dräkten känns som en pyjamas och bidrar till att "han" inte vill träffa sin pappa. Personalen fråntar "honom" rätten att få medicin (subutex). Detta förtar motivationen. I ett senare skede säger "han" att "han" "spelar med" personalen för att därigenom kanske få komma ut.

Jag reflekterade över den skillnad klienternas kläder gör efter att jag varit på ett ÖK-möte med en klient.

Jag tänkte också på i intervjun att "han" hade sina egna kläder igen. "Han" har gått upp i vikt. "Han" var väldigt mager sist när "han" också satt i sin institutionsdräkt. Men genast då de får sina egna kläder, jeans och någon tröja som "han" hade idag, så ser de så mycket friskare ut när man pratar med dem (*Fältanteckningar 2006, 35+, LVM-tiden*).

Tvånget förefaller ofta vara svårare för äldre klienter att acceptera. En individ som vant sig vid att leva ett eget liv har svårt att inruta sitt beteende efter en institutions regler – det väcker motstånd.

IP: Man blir som ett barn. När man är 50 år och sen ska någon börja leka förälder över en. [...] Jag gör som jag blir behandlad. [...] Förbjuder man ett barn att göra någonting, då gör de ju det. [...] Jag känner inte igen mig själv. Jag brukar inte vara så här.

JS: När jag pratade med dig tidigare så var du ganska lugn och nöjd, tyckte jag. Om man jämför mot nu.

IP: Det är kraftig skillnad.

JS: Vad var det som gjorde att du började bli arg? [...]

IP: Det är ju så, blir man inlåst och liksom känner sig som djur i bur, då händer det grejer. Det var alldeles nytt för mig då, det gick jättebra. [...] Det heter ju inte att man ska straffas, men alltså, man får ju inte höra något annat heller. [...] Man går bara neråt och neråt och neråt och neråt. Och då man går neråt då är det ju så svårt att uppbringa motivationen igen. För ju längre tiden går här inne ju värre... ju sämre mår man. Jag mår inte bättre för det är ingen som är speciellt motiverad här inne – de flesta går med på det mesta för att komma härifrån. [...] Ska sitta på sånt här LVM

och be om skithuspapper. Förstår du? Det är ju värst för oss som är äldre tror jag. Och lika det här att man har jobbat, haft lägenhet liksom hela sitt liv, man saknar ju det så mycket, och man har saker att ta hand om. Många av de här [andra klienterna] som är tjugo, de har aldrig jobbat. De är vana att knarka. De har inte haft någon lägenhet. De har liksom inget att bry sig om. (35+, *LVM-tiden*)

En reflektion som återkommer i mina fältanteckningar är att klienter många gånger får *vänta* innan själva ÖK-mötet påbörjas. Ofta vill socialtjänst, institutionspersonal och samordnare diskutera hur de ska lägga upp mötet innan klienten kommer in i rummet (jfr Palm). Personalen påbörjar mötet vid utsatt mötestid medan klienten får vänta på att bli inkallad.

JS: Är det något du känner att du inte tog upp som du hade velat att ni hade pratat om på det här mötet?

IP: Jag skulle velat att de hade pratat mindre när jag inte var med, och mer när jag var med. För det kändes som att de redan hade avslutat ett möte när jag kom in där, pratat om allt redan. Och jag gillar inte sådant där när jag inte får vara med. Det kändes som att det var i slutet även i början (-35, *LVM-tiden*).

Vid ett tillfälle fick jag själv uppleva denna väntan. Jag åkte till en LVM-institution för att delta i ett ÖK-möte som skulle börja klockan ett. Jag gick för att leta upp klienten och vi satte oss med de andra framför TV:n och väntade i en timme utan att veta varför mötet dröjde. Vi hade båda sett att socialsekreteraren hade anlänt. Klienten vandrade oroligt runt i rummet, rökte, satte sig i soffan, rökte igen o s v. "Han" sa flera gånger: "Fan, liksom, nu får det väl börja!". "Man får ju alltid vänta på saker" sa någon av de andra. Personalen hade bestämt att hålla ett möte med en annan klient först utan att meddela detta. Klienten var inte på särskilt gott humör när mötet började och inte kände "han" sig respektfullt bemött.

Johnson och Svensson (2006) menar att den långsamma proceduren och vägen till en § 27-placering utgör ett steg i den process som syftar till att individen förblir objektiverad tills denne förmår bli en "normal medborgare". I VKP-intervjumaterialet finns liknande observationer av klienter som uttrycker frustration över att allting tar så lång tid: "För här är en dag som en vecka" uttrycker en klient. Senare i samma intervju pratar klienten om att alla saker "är inlåsta. Det har personalen hand om. Det kan ju vara knark vet du! Man får inte ha tops eller någonting. [...] Det är liksom det här att man måste tjata i alla fall tio gånger, minst!, innan det händer något" (35+, *LVM-tiden*).

Det är ofta svårförståeligt för klienter varför det tar så lång tid från det att klienten har bestämt sig för en viss §27-placering innan den kan verkställas. Målsättningen är att en LVM-klient ska ut i frivilliga vårdformer i form av

§27-placering efter tre månader. VKP-klienterna befann sig i genomsnitt 3,2 månader på institutionen. Socialsekreterare och samordnare poängterar starkt för klienterna att de inte ska sitta länge på institutionen. Detta "löfte" om snabb §27-placering står i konflikt med den tid som förlöper innan klienten lämnar institutionen.

Tvånget är tydligt på de *låsta* avdelningarna i form av låsta dörrar. Klienterna måste be om lov att få använda en sax, klienterna får inte ha egna underkläder, kläder och hygienartiklar. Klienterna får gå ut på rastgårdar omgärdade av stängsel.

"Inlåst. Man får inte ha sina egna underkläder, man får inte ha någon rakhyvel, inte sin duschcrème, ingenting. Allt är mordvapen. Man blir fräntagen sin identitet. Det är värre än att sitta på kåken, säger alla som har varit där. Och plastbestick så ärtorna flyger all världens väg, och biffen [fnissar]... Får gå med vårdare runt en slinga på 100 meter" (35+, *LVM-tiden*).

En del klienter drar sig undan de övriga klienterna på LVM-institutionerna. Många känner de andra intagna sedan tidigare, det kan handla om "barndomskompisar" (-35, *LVM-tiden*). Andra skapar en nära kontakt under tiden de vistas på institutionen tillsammans – "man tar ju hand om varandra" (35+, *LVM-tiden*). Den *sekretess* som råder mellan olika avdelningar och rörande andra klienter, som är till för att skydda klienterna, kan uppfattas som absurd ur klientens perspektiv. Vid ett tillfälle satt jag utanför den öppna avdelningen vid en av LVM-institutionerna tillsammans med några klienter. Vi såg hur en handfull klienter i LVM-kläder kom ut från den slutna avdelningen och gick på rad i en omväg runt området mot den byggnad som innehåller fritidsaktiviteter. Jag frågade de klienter jag satt med varför de gick en sådan omväg. Svaret var sekretess: de får inte prata med dem som vistas på annan avdelning. Vid ett annat tillfälle var klienterna upprörda över att en av deras vänner, en annan intagen, blivit sjuk och överförd från den öppna till den slutna enheten. Det medförde att de inte fick veta hur deras vän mädde. De visste inte ens om "han" levde.

IP: Det var begravning idag. En kompis, jordfästes idag, "han" dog för några veckor sen. [...] Det var en bra kompis.

JS: Hur påverkar det dig?

IP: Det är tungt. [...] Det blir så överkligt när man sitter såhär och är drogfri. Det enda man har här är varandra. [...] Jag blev ju nekad. Jag fick inte åka på begravningen. Det är behandlingshemmets regler och bla bla bla [...] Allting är olagligt här: Köpa en pizza, gå ut och ta frisk luft när man vill. Får inte göra det, du sitter inlåst 24 timmar om dygnet. Det är inte nyttigt. Och psykiskt, det är ingen motivation. Är man motiverad när man kommer hit så är man garanterat omotiverad när man ska ut härifrån. Det är

svårt att hålla igång motivationen. För det är ingen behandling här, det är inlåsning. Fiskar i burk. Så känns det (-35, *LVM-tiden*).

Sekretessen blir svårhanterlig när de intagna är sysslolösa. Den aktivitet som finns är att följa vad som händer de andra intagna.

Det är ju som Big Brother. [Pratar monotont en stund:] Vem flyttar ut? Vem kommer in? Det är liksom etta, kryss, tvåa. Man vet inte. Vem åker idag och vem åker i morgon? [...] Vi ser när intaget är fullt och vad ska de göra av dem då? Då måste de ju flytta på någon annan. Det är det enda vi har att prata om. [...] Vilka som är kvar där inne, ifall någon har smittit och... [...] Ska de plocka en härifrån eller ta en från [annan avdelning]. [...] Det vet vi ju inte heller, det får ju ingen säga. [...] Det känns som att de är ute efter att knäcka mig. De ska straffa mig. En [klient] som fick komma tillbaka, hade varit ute i fem veckor olovligen. Raka spåret ut till [öppna avdelningen] igen. [...] Och då funderar jag: Varför får inte jag gå ut? [...] Jag vet inte. De diskuterar ju inte enskilda fall (35+, *LVM-tiden*).

Sekretessen bidrar således till att klienten känner sig i underläge gentemot personalen. Den bidrar till spekulationer kring varför vissa klienter får åka på §27-placering och inte jag. Det som händer och sker uppfattas av klienterna ofta som oförståeligt, orättvist och rättsosäkert.

I vardagen på institutionerna förekommer också att klienter behandlas *nervärderande*. I mina fältanteckningar skriver jag om ett av mina första besök på en av LVM-institutionerna. Jag visades runt på anläggningen och fick bl a se ett rum där klienter fick pyssla.

Jag kunde inte låta bli att reagera på hur [personal] framställde [klienterna] på institutionen. Flera gånger pratade [personal] om sysslor som [klienterna] måste kunna när de kommer ut. I verkstan gjorde de en massa roliga saker – pyssel. [Personal] poängterade att det skulle vara enkla saker som [klienterna] kan ta med sig hem och göra även där. En incidens var obekvämt för mig: Några klienter kom in. Bl a "X" som jag precis intervjuat. Jag satt vid ett bord där flera klienter pysslade. Då kom [personal] till mig med inplastade ark med instruktioner för hur man gör tvålar m m. Sen sa [personal] inför klienterna: "Ja, se här, sådana här använder vi då för att se om de klarar att följa instruktioner, vet vad milliliter och sånt är". Jag tyckte det kändes obekvämt att [personal] gjorde uppdelningen så tydlig och pratade till mig som om jag var annorlunda och kompetent – och klienterna knappt kunde pyssla. Ingen av klienterna kring bordet verkade reagera, vilket gjorde mig mer fundersam över detta bemötande (*Fältanteckningar 2005*).

En klient pratar om hur "han" upplever att personalen ser ner på "honom" på följande sätt:

IP: Först sitta inlåst och vara helt kvävd. [...] Inte få någon respons! Man behöver höra att man är värd, att man ÄR bra, någonstans! Hur ska man annars kunna bygga på någonting? [...] Man blir ju inte hjälpt av att höra ännu mer [dåliga saker]! Eller bli nedtryckt ännu mer! [...] Det skulle kunna vara på ett så mycket bättre sätt egentligen, om man byggde lite broar emellan istället för att ta avstånd i de här grupperna ännu mer än vad det är. Folk skulle må mycket bättre och kanske vilja göra något av sitt liv istället för att bara vänta ut sex månader. [...] De fjäskar och är så övertrevliga så man känner inte igen en del [när besökare är på plats]. [...] Och det är vi mot dom, så blir det! Jag tycker det är synd, för det gagnar ju. Samtidigt så har jag haft ett normalt liv också, och jobbat. De [personal] blir förvånade när jag berättar som till exempel att jag har jobbat som administratör. "Oj, det lät avancerat!" Det är precis som att "Jaha, du din dumskalle! Har inte du bara suttit och supit?" ungefär, "Du kan väl ingenting?!" (35+, *LVM-tiden*).

I intervjumaterialet finns också klienter som är *nöjda* med livet på LVM-institutionen. När utskrivningen närmar sig kan klienter uttrycka att tiden gått fort (-35, *LVM-tiden*). Under och efter institutionsvistelsen kan klienter också tänka tillbaka till institutionstiden och säga att det var bra där och speciellt referera till en viss person i personalen som förstod dem. Under själva vistelsen domineras berättelserna trots det av tristess och negativa upplevelser av tvånget.

Tvångsvårdens institutionella ramar sätter således villkoren för den situation där en VKP-vårdöverenskommelse ska slutas. Miljön, tvånget och diskursen om klienten som oförmögen att förbättra sitt liv på egen hand inverkar på situationen och försätter klienten i en underordnad position med begränsat handlingsutrymme. I mina fältanteckningar reflekterade jag också över att flertalet klienter kände sig mycket stressade efter ett de kom ut från LVM-institutionen. De sa sig behöva landa, lugna och återhämta sig efter det de varit med om – trots att det varit så händelseöst (*Fältanteckningar 2006*).

Mot denna bakgrund övergår jag nu till att beskriva de ÖK-möten jag deltagit i samt analysera klienternas upplevelser från dessa möten.

ÖK-mötenas skiftande karaktär

Tjugoåtta VKP-vårdöverenskommelsemöten ingick i materialet (ljudinspelning från 24 och anteckningar från 4 möten). Dessa möten har haft olika karaktär beroende på klient, institution och kommun/samordnare samt på om det varit det första mötet med en klient eller om klienten hunnit ha flera sådana möten.

Antalet deltagare vid ÖK-mötena har varierat mellan fem personer (klient, SiS institutionspersonal, ansvarig socialsekreterare och samordnare plus jag som forskare/observatör) och som mest tolv personer (klienten, beroendevård

2, socialtjänst 3, samordnare, psykiatri 3, §27-hem, forskare). Klienterna har i de fall många deltagit i ett möte, ofta men inte alltid, uttryckt nervositet inför att utgöra mittpunkten i ett så stort möte. Efter ett särskilt stort möte frågade jag klienten hur "han" upplevde det:

IP: Jag tycker att det är jättejobbigt med sådana där möten för jag blir så nervös. [...] Jag verkar ju väldigt oseriös [...] så min egen insats är jag väldigt missnöjd med.

JS: Hur skulle du vilja att det var istället då?

IP: Nä, men jag försökte och tänkte såhär, "Nu ska jag hålla mig [...] och liksom inte skratta och prata", men liksom, jag bara tappade, bara allting. [...] Jag hade inte riktigt fattat hur många det skulle vara. [skratt] Och sedan att [behandlare] satt med liksom. "Hon" inspekterar allting som jag gör, alla mina rörelser och allting som jag säger så då blev jag ännu mer nervös (-35, LVM-tiden).

Andra, ofta äldre klienter, upplever dock inte antalet deltagare som problematiskt:

IP: Ja, vet de bara vad den ena och andra gör, men det var ju lite tveksamt det också. [...] Man kan ju inte säga att de ska ringa X först och sedan... Det är ju den som står som ansvarig för kontakterna som ska kontaktas. Då säger de ju emot varandra. Det är ju bra för de [institutionen] vill ha kollen hela tiden själva. [...] Det tycker jag, det är ju inte rätt. Annars är ju inte formen, det skiter jag i, vilken form de gör upp det där, det kan man lika gärna sitta med en person och göra upp det där. Eller två. Det behöver man ju inte ha en halv skolklass för! [skratt]

JS: Du tycker inte det är svårt att det blir så många då?

IP: Nä, nä. Det skiter jag i. Jag säger vad jag tycker i alla fall (35+, LVM-tiden).

Enligt Vårdkedjehandboken (2005) ska träffarna vara förutbestämda och ha ett tydligt innehåll. Hur tydliga de varit har dock varierat kraftigt. Ett väl förberett möte inleddes med att institutionspersonal berättade hur mötet skulle gå till. Klienten hade gått igenom VKP-överenskommelsen med samordnaren innan mötet. Det var tydligt att det var en person från institutionen som höll i mötet. När mötet övergick till att handla om överenskommelsen tog samordnaren över – satte sig bredvid klienten och de tog fram de papper de, innan mötet, skrivit ner klientens önskemål på:

SiS: Vi tänkte lägga upp det som jag pratade med dig [klient] om förut, att jag tar och går igenom den tid som varit, praktiska punkter och planeringen och så, och så hoppar du in om det är någonting du vill tillägga. Ja, och

sedan så tar [SiS personal] lite grann om de här testerna, och sedan så går vi över på den här överenskommelsen.

IP: Det som vi satt med igår?

SiS: Ja.

[SiS-personal går igenom ASI-intervju m m]

SiS: OK. Ska vi gå över till den vårdplan och överenskommelsen då. Jag har tagit ut lite kopior så kan man följa med lite bättre. [...] Men då tänkte vi göra så att det är [samordnaren] som så att säga leder det här då, och liksom frågar och sedan antecknar.

Samordnare: Du [klient] och jag satt ju för några dar sen lite grann och formulerade dina målsättningar, utifrån det här långsiktiga tänket. Det bästa skulle ju vara att redogöra för ungefär vad du, hur du har tänkt och så får vi väl se hur väl det stämmer med andra funderingar och tankar. Så har jag funderat i alla fall. Är det något nytt som du har tänkt på sedan igår förresten? Utöver det som vi pratade om?

IP: Ingenting så.

Samordnare: Och det är ingenting som du har ångrat, att "det här vill jag ta tillbaka"?

IP: Nä, inte som jag kommer på nu.

Samordnare: Jag funderar på om jag ska flytta bort till dig så kan ju du se vad det är för någonting också. [tyst ca 7 sek, byter plats] Och sedan så, det som du sa nu till exempel, det är sånt som kommer att finnas med på den där nulägesanalysen, så man använder ju materialet [från ASI m m].

Samordnare: Vi börjar väl med vad [klient] har formulerat för mål och så vidare...

SiS: Det tycker jag är bra.

Samordnare: ...och försöker passa in de tankar som ni har? Vill du dra det eller ska jag dra det?

IP: Du.

Samordnare: Ok. Boendesituation då. X [klient] säger att... (-35, LVM-tiden).

Efteråt sa klienten att "han" tyckte det var jättebra att "han" och samordnaren gått igenom papperen innan mötet. Annars hade det tagit väldigt lång tid.

I flera fall har ingen ASI-intervju gjorts innan första ÖK-mötet vilket skapar problem eftersom ASI ska ligga till grund för nulägesanalysen.

Ibland har klienterna inte alls varit förberedda på vad för slags möte det är som ska hållas. De har inte varit medvetna om att en VKP-plan ska göras och hur den ser ut. Ett ÖK-möte, klientens första, inleddes med att berörda parter signerade en §27-placering som redan var bestämd. Därefter gick institutionspersonalen, i enlighet med VKP-handboken (2005), igenom ASI-intervjun (feedback) och övergick till överenskommelsen:

Uppenbarligen var IP inte förberedd på hur det skulle gå till. X [institutionspersonal] sprang ut och kopierade upp mallen och gav till klienten. Därefter väntade de på att klienten skulle berätta om sina mål men "han" var inte förberedd: Klienten satt tyst och väntade, ryckte därefter till och sa: Jaha, ska jag säga nåt eller? Institutionspersonalen sa då: "Nu får du säga vad du har för mål och delmål vad gäller arbete och försörjning". IP satt tyst en stund och började därefter prata om att "han" ville köpa ett hus och ta en kurs. Institutionspersonalen sa då: "Jag måste skriva vem som är ansvarig och det måste ju vara du det då. Behöver du någon hjälp med det?" Klienten svarade "nej" (*Fältanteckningar 2005, 35+, LVM-tiden*).

Vilka livsområden som diskuteras och i vilken mån mötena utgår från ÖK-papperen varierar. I en del fall förefaller det omöjligt att dra fram papper och skriva en plan, tex när klienten mår mycket dåligt. I de fallen handlar mötena främst om vad som ska göras i den närmaste framtiden för att klienten ska må bättre.

Ofta handlar mötena om vårdplanering och är en diskussion om olika vårdalternativ snarare än en noggrann nulägesanalys. Rollerna vid mötena är inte alltid tydliga. Ett exempel kan ges från det första ÖK-mötet för en klient där personalen från LVM-institutionen var mycket tillbakadragna och hela mötet, en timme, handlade om olika behandlingsalternativ. Samordnaren deltog aktivt men socialtjänsten var tämligen dominerande i mötet. Efter 45 minuter, efter att socialsekreteraren sammanfattat planeringen, vände "hon" sig lite försiktigt till samordnaren:

Soc: Vad, vad gör du då...? [skratt]

[samordnaren svarar med några små praktiska saker. Efter ytterligare 5 minuter, när allt är klart, vände sig socialsekreteraren till institutionspersonalen]

Soc: Är det något som ni tänker på, härifrån? Från [institutionens] sida?

SiS: Nä, det är inget speciellt. "Han" har ju, "han" är ju väldigt duktig och vill vara med på allting. "Han" har ju gjort MAPS och DOK, "han" är väldigt positiv, faktiskt. Jobbar på bra.

Soc: Vad fick ni fram i MAPS då?

SiS: Ja, ni kan ju läsa, är det okej?. Du kan läsa... [alla skrattar]

Soc: Står det någon slags slutsatser någonstans? Har ni gjort ASI också? [...]

[mötet fortsätter om praktiska saker parallellt som socialsekreteraren skummar i utredningsresultaten]

Soc: Hur länge har du haft HIV?!

IP: Ja, åtta månader. [...]

Soc: Det var väl en överraskning!

IP: Visste du inte det?

Soc: Nä, det visste jag inte (-35, LVM-tiden).

Socialtjänsten lutar sig på den kunskap de har om klienten sedan tidigare. De utredningar som gjorts användes inte och någon ÖK-plan gjordes inte heller. Vid ett senare möte med samma klient, som då inte längre är i LVM, har samordnaren en än mer undanskymd roll och även det mötet handlar mest om olika behandlingsalternativ.

"Mötet började. Det var i första hand klienten och socialtjänsten som samtalade. Mötet utgick inte från några ÖK-papper utan de pratade fritt om den pågående planeringen. Samordnaren satt lite vid sidan av. "Hon" satt med ÖK-papperen i knäet och skrev in saker vartefter. Ibland bröt "hon" in och sa: "Detta område har vi inte berört än, jag skriver ner vartefter". I slutet summerade "hon" vad som sagts och tog upp hur alla ska informera varandra när så många är inblandade. "Hon" poängterade att det är viktigt att även "hon" får veta när det inte fungerar så "hon" kan ordna ett möte. Jag tolkar det som att samordnaren känner sig lite utestängd (*Fältanteckningar 2006, -35, eftervården*).

Det är inte ovanligt med känsllosamma ÖK-möten, med vanmakt, hjälplöshet, ilska och frustration.

Under mötet tycker jag att X [klient] var tydlig med vad "han" ville och "han" ifrågasatte vad soc gjorde där i och med att de ändå inte gör någonting. "Han" bad soc specificera vad de tyckte att "han" hade för problem. Det hela slutade med att X gick ut. [...] Efter mötet gick jag till X som var mycket irriterad över att socialtjänsten manglade samma saker om och om igen. "Han" tycker att "han" gett sitt svar och förstår inte varför de fortsätter fråga: "Det är jättefrustrerande!" (*Fältanteckningar 2005, -35, LVM-tiden*).

Ilkska och frustration beror ofta på att klienterna upplever att socialtjänst och institutionspersonal inte lyssnar på dem, inte förstår dem eller att inget händer – det tar för lång tid. Men även personalen verkar ibland känna sig hjälplös: de vet inte hur de ska hantera en klient som mår dåligt och de är

oroliga över vad som skulle hända om klienten rymde, när LVM:et tar slut m m. Ett möte avbröts då klienten sa: "Nej nu orkar jag inte mer. Jag ber om ursäkt men jag måste gå härifrån. Jag orkar inte med fler maktlösa människor" (Fältanteckningar 2005).

Ett annat exempel på ett känslösamt ÖK-möte är ett möte som vände från maktlöshet och frustration till glädje. Frustrationen berodde på att ett beslut ännu inte fattats av en vårdgivare vilket gjorde att inget kunde planeras på mötet. Redan när mötet började såg klienten uppriven ut:

Det blev ett möte som var både pest, kolera och lycka. X [klienten] var frustrerad över att det inte hade kommit något beslut och ville inte planera något som inte finns [...] X satt med korsade ben, korsade armar, och tittade ner i bordet. Övriga i rummet tittade också mestadels ner i bordet, ledsna ögon, ingen verkade veta vad de skulle säga. Inte heller jag visste hur jag skulle bete mig – jag visste inte om jag skulle titta på X eller inte. Det var en tryckt stämning i rummet. Vi tog en paus. Precis när X lämnat rummet kom meddelande om att beslutet hade godkänts. Det var en mycket tydlig vändning på mötet när X kom tillbaka. X skrattade och alla verkade lättade och glada. Samtalet vände helt. (Fältanteckningar 2006).

Efter mötet beskrev klienten det som hände så här:

Ja, vilken tur! Nä, jag hade kastat in handduken. Jag kände det – nu orkar jag inte vänta längre. Nu måste jag ha ett datum att ställa in mig på. [...] Jag kände så att det måste finnas en hake någonstans. Så slumpmässigt kan det inte vara liksom att jag ger upp och så precis då ringer de. Det är precis som om de har suttit och väntat bakom hörnet: "Hur långt kan vi driva 'honom'?" och så "Nä, OK, nu går det inte längre, då ger vi oss då" (35+, LVM-tiden).

En del klienter har inte varit medvetna om att man ska ha en underskriven VKP-plan som underlag vid ÖK-mötet.

En del klienter känner att det är positivt att skriva ner allting i en överenskommelse. Det gör att mål och åtgärder blir mer tydliga och "inte bara blir något abstrakt" (-35, LVM-tiden), det är lättare att komma ihåg vad som sagts – "lite bättre för jag slipper komma ihåg allting själv och ha lappar" (-35, efter VKP). Socialtjänsten måste uppfylla sina åtaganden.

Jag frågade om behandlingsplaneringsmötet vi hade idag. [...] "Nu måste soc följa avtalet". "Han" verkade ha känt sig trygg gentemot soc eftersom [samordnaren] var där som "jobbar med mig" och X [Institutionspersonal] som "jobbar med mig" och Y [institutionspersonal] tvekade "han" lite över men kom fram till att även Z jobbade med "honom". Det var enligt "honom" soc som lurat "honom" och som kunde bryta avtalet. IP pratade om avtalet som ett påtryckningsmedel på soc. Soc har skrivit under.

Om jag sköter min del så måste de sköta sin (*Fältanteckningar 2005, 35+, LVM-tiden*).

För en del ter sig papperen som något onödigt. En klient var frustrerad över att behöva fylla i papperet. Flera gånger återkom "han" till: "De här svaren har ni ju redan i det andra pappret. Det är ju bara att leta fram dem igen":

Några klienter tycker att ÖK-papper är lite onödiga eftersom det ju ändå inte sker någonting i praktiken.

IP: [...] Men så känns det jämt alltså, det är samma sak varje gång. Det blir ingen liksom, det blir inga förändringar, det ger inget liksom nytt under solen där tycker jag. [...] Det är nästan fascinerande tycker jag. [...] Jag förstår inte vad som tar sån tid egentligen. Vad gör dom under tiden? [skrattar] [...]

JS: Men hur tycker du att det är? Att gå igenom de där igen [ÖK-papper]?

IP: Det är inga konstigheter där tycker jag. Det är inga förändringar i princip. Det är ju det som är så tråkigt. Det är inga förändringar. Det händer ju ingenting [skrattar till]. Jag kan inte hitta på någonting som händer [pratar om vilka som deltog vid mötet]. Jag ser inte vad det fyller för syfte men, det är bara det, det är säkert bra för deras räkning i alla fall [personalen]. Men för mig spelar det inte någon större roll. Jag är som sagt ganska neutral i vad de har att säga och göra (*-35, eftervården*).

IP: Ja det är ju bara trams. [...] Det är nåt så jävla, skit, rent ut sagt. Nej, fan, det är ju bortkastade skattemedel alltså. Men det är ju för fan... Det händer ju ingenting liksom! [...] Det går ju liksom inte att bara säga, ja vi ses om två veckor, sen går jag ut och super. [...] Ja det är ju så jävla mycket olika möten alltså. [...] Nej det är ju bara trams alltså. För det är ingenting som är värt någonting alltså. Det står liksom att jag ska gå på AA-möte och sen frågar de efter två veckor, har du varit på AA-möte? Ja, ja, jag har varit där. Inte fan har jag varit där alltså. Har du druckit nåt? Nej jag har inte... Allting bara för att inte åka in på LVM, alltså (*35+, eftervården*).

Varierande utrymme för deltagande i behandlingsplaneringen

I Vårdkedjeprosjektets informationsbroschyr poängteras att klienten ska få ett ökat deltagande i sin egen behandlingsplanering. I praktiken varierar klientens delaktighet vilket speglar och kan förstås mot klienternas varierande positioner.

Lenz Taguchi (2004) resonerar kring hur vuxna, och lärare, oftast förhåller sig till barn/elever. "Vi respekterar inte de innebörder de redan själva konstruerat, utan behandlar dem som om hela idén om barndom går ut på att bara ta emot de betydelser vi anser vara bäst för dem. Vi tror inte att de är

eller skall vara likvärdigt delaktiga i att skapa och omskapa betydelser i det sociala livet” (s. 99). Våra handlingar och vårt bemötande av barnet inverkar på barnets eget subjektskapande.

Denna beskrivning kan lätt översättas till den situation där en missbrukare möter vårdapparaten vid en vårdöverenskommelse av det slag som Vårdkedjeprojektet föreslår. De ÖK-situationer som beskrivs ovan pekar på skillnader i hur personalen bemöter klienten, vilka ord som används, vilka ramar som finns samt pekar i två riktningar – när klienten är delaktig och när klienten är i underläge. Nedan beskrivs situationer då klienten behandlats som en autonom och delaktig person och situationer då klientens position starkt beskrivits genom tilltal och de regler som omgärdar ÖK-mötena.

Vid några av de möten jag deltagit i har klienten fått *stort gehör* för sina önskningsar. Nedan följer delar ur ett sådant möte samt klientens egen uppfattning om mötet vid en intervju efter själva ÖK-mötet.

Soc: [pratar om olika stödboenden, familjehem m m]. Nä, men förstår du tanken? Det är viktigt ändå att det inte blir för hårda kontraster när du åker från [institution] till [hemkommun].

IP: Jag kommer inte åka från [institution] innan jag vet att jag kan – känner att jag kan klara det. Alla andra gånger har jag vetat precis hur det kommer att gå. [...]

Soc: Nä, men du förstår min oro, hur har det sett ut tidigare?

IP: Ja men jag vill stanna tills jag känner mig mogen och sedan så... Att jag kan ha ett jobb när jag kommer tillbaka...

Soc: OK.

IP: ...och antingen egen lägenhet eller [annat boende] och sen vill jag ta en kurs.

[diskussionen fortsätter i olika riktningar]

Samordnare: Det är ingenting som är skrivet i sten med andra ord. Tanken är ju att man ska ha något att hålla sig till, för att antingen kunna förkasta det eller köra på det.

IP: Och det är fortfarande upp till mig?

Samordnare: Det är fortfarande upp till dig! Det spelar ju jättestor roll vad du tycker. Sedan om man kan jämka samman det med behandling, behandlingsidéer så ska ju det vara det bästa, så klart. Men så klart att det spelar roll vad du tycker.

[diskussionen fortsätter igen i olika riktningar]

Samordnare: Men vad tycker ni att vi ska skriva, om man ska hitta någon slags konsensus då på boendeområdet? Vad är ett rimligt mål? Tolv månader från nu? [tyst ca 6 sek] Du har ju sagt det som du tycker, egen lägenhet. [diskussionen fortsätter]

Soc: Vi skulle inte säga nej till det då, men... [...] Jag hör vad du säger och så. [...] Jag kan inte riktigt säga att [boendet] är något som vi kommer att tycka är det bästa alternativet. Jag skulle nog försöka se till att hitta ett annat alternativ.

Samordnare: Kan man inte göra så att man låter det vara tillsvidare, och du funderar lite grann på vilka alternativ som finns att erbjuda?

Soc: Ja.

IP: Jag vill gärna sätta mig i kö till lägenhet där också.

Samordnare: Det kan du göra i alla fall, alltså oavsett, sedan kan det vara så att [soc] har ett bättre alternativ, och då är det ju bara väldigt bra. [...] Men om man låter det vara så länge då, så får väl vi fundera över vad som skulle kunna vara bättre? [...]

[I slutet av mötet:]

Samordnare: Är det någonting som nu, spontant kommer upp sådär, att det här behövs, funderas över mer, eller reflekteras över just nu? Vad tycker du X [klient]?

IP: Nej.

Samordnare: Är det någonting du vill lägga till som du inte har fått...?

IP: Nä, jag tror att det var det mesta.

SiS: Vi kan göra såhär att jag skriver ut det här på datorn, sedan kan du titta på det och se om det är någonting som du saknar, så kan vi titta på det igen (-35, LVM-tiden).

I det här fallet är parterna inte överens kring boendefrågan men detta skapar ändå ingen konflikt eftersom socialtjänsten inte ger något definitivt nekande besked och beslutet skjuts upp på framtiden. Klienten får upprepade gånger frågan om vad "han" vill samtidigt som samordnaren, flera gånger, poängterar att det spelar stor roll vad klienten vill. I övrigt var parterna överens om att klienten skulle gå i fortsatt behandling enligt § 27 LVM. Klienten höll med personalen om att alkohol/droger utgjorde ett problem som det var viktigt att åtgärda. Efter mötet var klienten nöjd med det respektfulla bemötandet:

JS: Vad jag var intresserad av att veta då, det är vad du tyckte om mötet?

IP: Jo, men det gick jättebra. Jag kände att det var liksom respektfullt mot mig och så, att jag fick säga mycket vad jag tyckte och att de lyssnade på det också.

JS: Vad var det som gjorde att det kändes respektfullt?

IP: Det var ingen som pratade över huvudet på mig liksom, det har det varit förut på soc:möten och så. Det har alltid varit som att någon annan har bestämt. Nu har det varit, även om det har varit LVM, så har jag fått säga mycket och bestämma väldigt mycket också. Det kändes jättebra.

JS: Vad tänkte du om de olika personer som var med då, om vi tar [samordnaren], soc och från institutionen här? Känner du att det är någon skillnad på dem – vem lyssnar mer på dig än någon annan, eller hur känner du kring det?

IP: Jag känner att alla lyssnar faktiskt. Alla jobbar åt samma håll på något sätt.

[I nästa intervjū utvecklar klienten detta igen]

IP: Det vi kom fram till och så kändes väldigt bra, det är ju verkligen att det är jag som får bestämma väldigt mycket. Verkligen. Det var det enda som man utgick ifrån, mina önskemål. [...] Jag tycker det var bra att de lyssnar på mig även fast det är tvång (-35, LVM-tiden).

JS: En annan sak som jag funderar på det är relationen mellan frivillighet, egen motivation och tvång under den här Vårdkedjan. I vilken grad det känns som att du är delaktig, kan styra och ställa och i vilken mån du känner att du inte har några val eller att det är någon annan som styr?

IP: [suckar kort] Ja det är väl klart att de styr mer när jag hade LVM, det var mer styrt utifrån. Men jag tycker fortfarande att det är en del som är styrt. [...] Jag får förlita mig på folks goda vilja.

JS: I de här planeringarna, när man ska skriva de där pappren med ekonomi och det. Hur skulle du beskriva det mötet?

IP: Det är en vårdplanering. Vi går igenom vad som har hänt och sen dra en jämförelse, och sen skriver upp det.

JS: Känner du att du har kontroll över det, vad som kommer med där och att du får med det du vill?

IP: Ja. Ja, det tycker jag. Ja. (35+, eftervården).

I motsats till ovan har jag vid flera möten upplevt att klienten befinner sig i en *underordnad position* gentemot socialtjänst och andra vårdgivare. Klienter har bekräftat detta i intervjuer efter mötena. Mina reflektioner var följande:

Jag funderar över mötet med X [klient]. "Han" kom in i rummet och hade [institutionsdräkten] på sig. "Han" satt lite hängigt på stolen och överlag så tyckte jag att "han" verkade lite underlägsen. Viss frustration lyste igenom när "han" och institutionspersonalen/socialtjänsten var oenig rörande mediciner. "Han" mumlade väldigt mycket under mötet, väldigt lågmäld. Jag noterade att det var mycket stor kontrast mellan den person som satt på möten och den person jag strax efter mötet träffade enskilt i en kvart och pratade om mötet med. Det kändes då som att "han" var en annan person: pratade genast högre och tydligare, mer välartikulerad och satt rakt. Vid vissa stunder på ÖK-mötet rätade "han" också på sig – när "han" uttryckte något som "han" verkar ha tänkt noggrant på innan. Det var ändå slående vilken skillnad det var i "hans" sätt att föra sig under dessa två tillfällen (*Fältanteckningar 2005, 35+, LVM-tiden*).

Eftersom diskurserna i ett projekt som bygger på delaktighet i tvångsvård är motstridiga kommer även subjektet att vara det. Ett annat exempel är från ett ÖK-möte som skulle hållas med en klient. Innan mötet hade klienten noga tänkt igenom olika alternativ och hade en klar syn på vad "han" ville uppnå med mötet som "han" inledde med att deklarerat att "han" nu tänkte framföra vad "han" vill (*35+, LVM-tiden*) – en stark position. Mötet tog inte direkt den riktning klienten framförde. Efter mötet konstaterade klienten att tvångsvård är tvångsvård, men att det blev en hyfsad kompromiss. "Han" pratar då från en mer underordnad position:

JS: I vilken mån tycker du att det känns gemensamt och i vilken mån känner du att de här olika sakerna man har kommit fram till är ett stöd för dig, och i vilken mån blir det kontroll av dig?

IP: Ja men jag menar, jag är ju här på tvångsvård, så det är klart att det är ju bara att acceptera.

JS: Vad tycker du om att man använder ord då som: "det här är ingen kontrollfunktion"?

IP: Jo men det är klart att det är en kontrollfunktion att gå och blåsa och lämna urinprov.

JS: Kan man vara med helt själv då, och vara med i gemensamma beslut om vad man ska göra när det är i tvångsvård?

IP: Inte i tvångsvård! [SiS] hade ju aldrig, hade ju aldrig kunnat, "hon" hade väl fått tjänstefel om "hon" hade accepterat mitt förslag. För det var för lite kontroller och så. "Hon" måste ju göra det, "hon" måste ju sköta sina uppgifter så att säga. Sedan tar "hon" ju hänsyn till mig också, det var ju en kompromiss som var hyfsad. Tvångsvård är ju tvångsvård och det är bara att acceptera det, som det är (*35+, LVM-tiden*).

Efter ett annat möte under eftervårdstiden påpekade socialtjänsten vikten av att: "Bara vi har koll på dig så", för att senare påpeka hur viktigt det är att klienten känner att "han" är en "fri människa" (*Fältanteckningar 2006, -35, eftervården*).

Det finns vissa kontrollområden, t ex urinprover, som klienten väljer att underkasta sig och eftersom "han" vet att "han" befinner sig i en underordnad position och det medför mer problem än fördelar att opponera sig mot detta. "Han" accepterar och spelar med för att på så sätt komma undan lindrigare och snabbare.

JS: Är det något annat du hade velat få igenom idag [§27-planering och ÖK-möte] som inte blev aktuellt, eller känner du att du fick med allting du hade tänkt?

IP: Det var ju planeringen vi skulle prata om och jag saknade inget. Det som var viktigt för mig var ju det med medicinen. Det skulle ju varit konstigt om de sagt något om det. Det enda som jag lackade på, det var ju när [SiS personal] sa: [gnälligt] "Ja, pissprov, tre gånger i veckan!" Det är ju så onödigt! Jag har ju fan gått på [enheten] i flera år, fått lämna en eller två gånger. Det är så löjligt tycker jag, det är för mycket kontrollerande där.

JS: Vad tänkte du kring det då? Du sa inte emot det på mötet? Varför då?

IP: Nä vad skulle jag säga? Alltså, man måste vara så här, för allt man säger emot – så blir det. För då tror de inte på en. [...] Sedan kan ju [soc] vara lite lam, och det förstår jag så som [SiS personal] spände ögonen i "henne". Jag tyckte lite synd om [soc]. Men, det är en institution, det här är lagen, det här är staten, och då är det såhär. Jag är van vid det. Så det är ingen idé att opponera sig. [...] Det är ingen idé att gå in i någon diskussion, för då blir det genast misstankar om jag sätter mig emot någonting. Jag vet hur det funkar. Så är det. Numera säger jag ingenting (*35+, LVM-tiden*).

Förutom kontroll i form av urinprover uttrycker en del, framför allt äldre klienter, en oförståelse över kravet på daglig sysselsättning i form av behandling och provtagningar under §27-placeringar. Detta krav är sällan förhandlingsbart vilket begränsar klientens delaktighet i planeringen.

SiS: Det är två dagar i veckan. Det som är önskvärt är ju att man har NÅGON sysselsättning, varje dag [...].

IP: Ni kör ihop det så jävla mycket för mig. Jag blir ju HELT låst!

Samordnare: Men det är ju inte som du måste, utan det är bara för att tala om, "det här finns" om du skulle vilja välja något annat.

IP: Ja men på [SiS], på dig, fick jag uppfattningen att det måste vara med det här för att fylla programmet. Är det fel? Har jag fel uppfattning?

SiS: ALLT ska inte vara med, men någon del. Om du, om du väljer [behandling] två dagar i veckan, så måste det till någonting mer och då kan förslaget...

IP: Så då ska jag ha varje dag alltså?

SiS: Nä, det behöver inte vara det, utan då kan förslaget vara exempelvis då ett CRA-samtal i veckan...

IP: Då tar vi det!

SiS: Innan du vet vad CRA-samtal är?

IP: Ja, men det är ju bara CRA ni har. Det var ju CRA båda två! (35+, LVM-tiden).

I materialet finns exempel när socialtjänsten frångår ramavtal och avsätter omfattande resurser för att tillmötesgå en klient. Ibland inskränks klienters valmöjligheter till följd av att det inte finns några *behandlingsalternativ*. För klienter känns det ibland absurt att bli erbjuden ett val mellan 12-steg och 12-steg, eller KBT och KBT. I dessa fall är det nära till hands att hävda att Vårdkedjeprojektet inte förmår ge "mångfacetterad vård".

JS: Vad vill du ska hända när du kommer ut härifrån [LVM-institution]. Vad är det du vill?

IP: Ja, nu alltså är det såhär också att det, de har ju, det enda de kan erbjuda är ju öppenvård, det är ju tolvsteg, och [beroendevård]. Det har jag gått på, flera år. [...] Då är det bara [öppenvårdsprogram] kvar liksom: Det är 12-steg, det är 12-steg, det är det som är inne [*i en senare intervju*].

[fyra månader senare]

JS: Vad har Soc sagt då?

IP: De föreslog ju en massa öppenvårdsgrejer. [...] Ja, först sa "hon" ju den här vuxnenheten, och där har jag ju gått hos en på KBT och det var det jobbigaste jag har varit med om, det orkar jag inte med, för "hon" var så ettrig och på hela tiden. [...] Ja, så föreslog "hon" återigen någon dam som var jättekompentent då. Ja, det var ju också KBT kröp det fram! (35+, LVM-tiden).

I intervjumaterialet finns exempel på hur klienter försöker *opponera sig* mot de krav som ställs. Detta möts oftast av motstånd hos personal som istället signalerar att kraven är till för klientens bästa och klienten ska också helst själv tycka att det är bra. Vid ett ÖK-möte förklarar klienten att "han" inte klarar av kontroll, att det brukar leda till återfall. Personalen förklarar att kontrollen är till för klienten – klienten borde lära sig att acceptera denna.

Samordnare: Du kan väl berätta lite själv vad du menar? Jag ställde frågan, "Vad är det som skulle kunna trigga igång dig, vad är det som du absolut INTE behöver för att kunna bibehålla drogfrihet?"

IP: Sådan här överdriven kontroll. Att folk inte tror på vad man säger och att folk ringer och kollar att jag har varit på olika ställen, sådana där saker, urinprov. [...] Det är det, när folk försöker kontrollera mig för mycket. Då blir jag som en riktig unge, då blir jag helt obstinat och, ska bara göra tvärtom och...

SiS: Men det finns ju två sidor utav det här. Att omgivningen inte ska kontrollera för mycket, den andra, är att du också lär dig att stå ut med viss kontroll. Alltså att inte reagera för häftigt när någon gör det. För du har samma problem som vi alla har – det är förbaskat svårt att få andra människor att göra som vi tycker att de ska göra. [...] Rätt vad det är så kanske det, någon blir orolig för dig och börjar kontrollera... Och då gäller det ju, utan att mena nåt illa med det, det kan ju bli så!

IP: Men jag vet att X inte menar något illa, men det...

SiS: Men det kanske också, det är det jag menar att det kan vara en grej som du också behöver jobba med för din del, att också klara av det. Dels att säga ifrån att "det här är... jag behöver inte det" och så vidare, men också att du klarar av att om någon nu råkar, skulle ändå göra så, att du inte låt..., tillåter dig att styras utav det, att bli barnslig och obstinat. Alltså det är något som du själv kan bestämma. [...] Förstår du vad jag menar? Alltså att...

IP: Jo, men jag...

SiS: Och det här är på lång sikt va, och jag förstår vad du menar också. Men jag tror att det är båda, jag tror det handlar om båda grejerna. Men det är något som jag tror du kommer jobba med i din behandling (-35, *LVM-tiden*).

En klient ville inte gå till AA/NA men personalen såg självhjälpsgruppen som en väg till nya nyktra kontakter. Av ÖK-mötet framkommer att klienten inte bara "måste" gå på AA/NA-möten, "han" ska också vilja det:

SiS: Fritid/personlig utveckling/vänner. Nulägesanalys: Umgås med missbrukande vänner och är ej nöjd med denna situation. Mål: Nytt socialt nätverk och skapa nya relationer. Aktivitet/åtgärd/insats: Engagera sig i föreningar, ansvarig är [klienten]. [...] Arbete alternativt någon form av selsättning. [...] Sedan har vi en punkt här med ett frågetecken efter, och det har vi diskuterat lite, det är det här med AA/NA. Vad säger du om det?

IP: Ja, i och med att jag ska gå [12-steg] så måste jag gå på möten, och det är ju i och för sig...

Soc: Ta bort det "måste". "Jag VILL" istället!

IP: Ja, alltså, ja eventuellt. Kanske. Men jag har ju hållit på och gå på möten till och från [...]. Jag känner ju folk där. Och det kan ju bli återupptag av kontakt med dem då, före detta missbrukare (35+, *LVM-tiden*).

Lenz Taguchi (2004) påpekade att en individ lättare kan stärka sin position om hon visar att hon behärskar en diskurs. Med detta i baktanke kan vi lätt förstå varför klienter ibland väljer att *spela med* och tyst "gilla läget" för att på så sätt få fördelar – i form av en snabbare hantering eller placering.

IP: Ja, själva mötet var ju bra tycker jag som jag sa ju, men jag vart ju förvånad att det skulle gå så snabbt att jag kom ut!

JS: Hur kommer det sig att det blev såhär snabbt? Är det du som har tryckt på att du vill ut...

IP: Tvärtom. [...] Personalen är så mycket för tolvsteg, halleluja och amen. Då blir jag tvärtemot, jag köper det inte. Nä det är som en sekt. Men, sitter man med på grupperna på [institutionen] och är jätteengagerad, då är man ute blixtnabbt! Är man, nä jag vill inte. Jag menar, alla är ju inte intresserade av tolvsteg, så är det ju, man sitter ju här på tvång. Och det är ingen bra metod, tycker jag själv, mig funkar det inte på. [...] Nä jag mår inte bra av det. Det är jämmerdalen, och det är skuld och det är skam, och du är dålig som människa, rannsaka dig, och gottgör och hej och hå! Men hallå, vart tog det roliga vägen då? Det är så tungt med allting! (35+, *eftervården*).

ÖK-möten kan inte bara anta många skepnader under ett enskilt möte utan även förändras över tid för en person. Bland de personer jag följt under deras tid i vårdkedjan har mötesjargongen förändrats i olika riktningar. En given skillnad följer av att tvånget i form av LVM upphör efter sex månader – klienten befinner sig genast i en starkare position.

Klienten kan göra motstånd på flera sätt och därigenom öka sitt handlingsutrymme. Någon gång väljer klienten att *inte berätta* vissa saker eller dela med sig av planer som troligtvis skulle inverka på planeringen. En klient planerade vid ett tillfälle att flytta från orten, information "han" utelämnade vid ÖK-mötet med motiveringen: "Det har de ingenting med att göra tycker jag" (*Fältanteckningar 2006, 35-, eftervården*). Ett mer drastiskt exempel är när klienter rymmer.

IP: Jag har vart på rymmen i en och en halv månader. Bara för att inte soc var med på... Det var så mycket strul med, på planeringen och så här, planering och behandling. [...] Jag litar inte på soc ALLS. Inte en sekund. Men "hon" har lovat mig att jag ska få komma hem och gå öppenvård. För det är alltid så, när jag har vart här i typ 2 månader och vill vidare till ett ställe och få gå vidare i livet och få vård och behandling. Då står man

alltid kvar och trampar på samma ställe. Sist jag hade LVM så sa min soc att jag inte fick komma hem och gå öppenvård, trots att de lovat mig det. Men då fick jag inte göra det bara för att de hade personalbrist. [...] Soc var här borta någonstans och jag var på andra sidan någonstans [gestikulerar]. Vi kunde inte ens mötas i mitten, jag och min soc. När jag gick ut från det där mötet [...]: "Ja, vi hoppas ju att du kommer att stanna kvar." Jag sa inte ens hej. [...] Jag mådde skitdåligt, jag bara ville bort från allt helvete. (35-, LVM-tiden).

Klienter intar ofta en starkare position under eftervården.

JS: Har soc sagt något om att du skulle åka på någon annan behandling efteråt, frivilligt eller nåt sånt där?

IP: Nej för det trodde jag först då att det var ju det eftersom det var ju uppe på ett möte. [...] Då fattade jag det som också så då, ja eftersom det inte funkade, fast jag gjorde ju faktiskt behandlingen [§27-placering]. Jag har inte satt tummen ner utan det var ju mycket annat skit som satte käppar i hjulet för mig [praktiska saker]. Så att då har jag bara sagt ifrån – Nej! Det ska bli så skönt när det här helvetet är slut så jag får landa och bli mig själv igen, och därifrån så får jag känna efter vad är det jag behöver och inte behöver. För nu har folk styrt och ställt med mig ett halvår, nu får det vara nog. Nu har ni ingen rätt att göra det nåt mer. Visst att vi ska ha kontakt och så där, helt okej för mig, MEN jag ställer inte upp på nånting mer som NI VILL. Och sen var det inget mer prat om det. Och så får det vara, för nu har dom ingen laglig rätt. Så länge inte jag missköter mig så har de ingen... (35+, eftervården).

Under fältarbetet deltog jag i ett ÖK-möte som ägde rum strax efter att klientens LVM gått ut. Klienten hade under LVM-tiden följt planeringen och personalen tyckte att det gick bra för "honom". "Han" kom påverkad till mötet. Personal från socialtjänst, SiS och samordnaren ville att klienten skulle avgiftas och växlade mellan att resonera fråga "Vad ska vi göra för att hjälpa dig", "Vad vill du?", "Då är väl liksom det viktiga att du bryter nu, att vi får hjälpa dig med det?", "Tror du att du lyckas med någonting av det här om du inte är nykter?" och att mer befällande säga "Det finns ju bara ett sätt att göra nu – att du lägger ner", "Det är inget att snacka om, du får inte fortsätta! Du får gå på [avgiftning] nu, så är det, det finns inga alternativ just nu", "det vore det bästa för dig", "raka vägen till [avgiftning] – vi skjutsar dig". I senare delen av mötet, efter att klienten gjort klart att "han" inte ville avgiftas, förekommer mer av de konfrontativa inslagen:

Soc: Nu skjutsar vi dig [till avgiftning]!

IP: Nej.

Soc: Jo.

IP: Alltså, sitt inte här och tjata. Har du ingen... ska du inte tvinga in mig så...

Soc: Jo men det är ju det det handlar om, i princip.

IP: Nej det är det inte.

Soc: Jo det är det. [...]

Samordnare: Du håller på att investera i en återgång till [LVM-hem]?
[skrattar till]

IP: Ja, jag måste ju liksom...

Samordnare: Kvalificera dig?

IP: Ja, jag måste ju, vad heter det...?

Samordnare: Bädda åt dig?

IP: Bädda åt mig lite här.

Soc: Nej det är inte så säkert.

IP: Nähä! Det blir väl [LVM-hem långt borta] den här gången?

Soc: Mm (35+, eftervården).

Klienten lämnar mötet och de kvarvarande diskuterar det olyckliga i att LVM:et tog slut innan mötet ägde rum. Det framförs att "Det bästa vore ju att göra en §13 alltså". Här ser vi ett exempel på hur klientens position stärkts och hur personal då inte längre kan styra situationen – och önskar återfå LVM:et – ett ständigt maktmedel som står socialtjänsten till hands. Klienten kände sig sedan vid flera tillfällen jagad med hot om LVM.

För att ytterligare beskriva hur varierande ÖK-möten kan ta sig i uttryck ska jag här återge mina anteckningar från ett ÖK-möte som på många sätt antog karaktären av ett kafferep i sommarvärmen snarare än ett kaotiskt möte karaktäriserat av vanmakt, vilket är den beskrivning jag kunde ge av andra möten med samma klient.

Jag blev varmt välkomnad av personalen. [...] Jag och klienten gick ut och satte oss i solen. Vi småpratade om stället. Klienten ville stanna kvar här. Personalen kom ut med tårta till mig. Samordnaren och socialsekreteraren kom gåendes. Alla pratade om värmen. Vi gick in och mötet skulle börja. Det inleddes med 15 minuter som var mycket oordnade – alla skrattade och stojade. Inte alls som andra möten jag varit på. Samordnaren och socialsekreteraren satt bredvid varandra och fnittrade en del, puffade på varandra och delade upp uppgifterna: Vem skulle leda samtalet och vem

skulle föra anteckningar. Det var mycket prat om ingenting och jag var på väg att stänga av MP3-bandaren. Socialsekreteraren och klienten pratade med varandra. De var rörande eniga angående en viss behandling. Samordnaren och socialsekreteraren pratade om hur bra det hade gått för klienten. De återkom alla ofta till ett annat möte där annan vårdgivare varit med – alla var eniga om att denne vårdgivare agerat felaktigt. Jag upplevde det som att de nu hade en gemensam historia, de pratade om vad de uppnått – tillsammans. Alla hade, utifrån hur de pratade, en samsyn om hur saker och ting fungerat. Sakta men säkert övergick samtalet till att handla om ÖK-planen. Klienten såg avslappnad ut (*Fältanteckningar 2006*).

En tolkning av detta är att klientens position stärkts av att omgivningen uppfattar att det gått bra för klienten – klienten följer den väg "han" förväntas ta för att förbättra sitt liv. Den lilla gruppen har svetsats samman genom att de numera har en *gemensam motståndare* i den vårdgivare som inte är närvarade vid mötet.

En annan, mindre positiv, vändning kan vara från det att socialtjänsten lyssnat på klienten – givit klienten stort handlingsutrymme och högt deltagande – till att ställa *krav*. Vid ett möte, under eftervårdstiden, tar socialtjänsten fasta på att klienten är sysslös på dagarna och börjar pressa klienten.

Soc1: Jag frågade dig [...] vad gör du på dagarna och då säger du "Ja det som faller mig in, [...] tar det lugnt..."

IP: Jag har inte så mycket val liksom.

Soc: Men vad fan gör du på dagarna?

IP: Ja, men jag säger ju det – jag behöver ett jobb alltså. Det behöver jag. [...]

Soc1: Men varför i helvete får du pengar nu tänker jag? Egentligen.

IP: Ja, men det är ju försörjningsstöd.

Soc1: Men du går inte i någon behandling, alltså, egentligen så har du inte rätt till socialbidrag heller.

IP: Jo, men jag är ju arbetssökande. Alltså jag söker ju men det är ju så omöjligt....

Soc1: Fast du är inte arbetssökande på dom villkoren som krävs. [...]

[Det pratas om något slags arbetsträning]

Soc2: Skulle du vara intresserad av det? Att gå och kolla in?

IP: Ja, alltså gärna...

Soc1: Nej det vill inte du – för du har ingen lust att gå på såna saker om du bara får socialbidrag! För det var det du...

IP: Men det där kan leda till jobb.

Soc1: Nej, vänta [...] Vet du att vi måste veva tillbaks lite. Idag så sitter du och har egentligen ingen direkt behandlingsplanering för du har avslutat alla. Du träffar [samordnare] och det tar strax slut. Du träffar inte [behandlare]. Alltså, det är inget behandlingspaket som man kan tycka att det är okej för att man ska få uppbära socialbidrag. Alltså det är inte det. Samtidigt så säger du jag kan inte få ett okej jobb [...] och så säger du fast jag tänker gå arbetsträning om jag får socialbidrag...

IP: Men så sa jag inte.

Soc1: Jo, du sa så.

IP: Ja, men inte i den bemärkelsen. [...]

Soc1: Ska vi fortsätta att prata behandling med dig istället och att du faktiskt inte är där du säger att du är just idag. Alltså färdig att gå ut på arbetsmarknaden. För jag är elak, så jag tvivlar på det. Jag tvivlar på dig. [...] Du betar dig inte, handlar inte på det sättet som det är sagt att du ska göra, för då hade vi inte suttit här och du ställt... svarat "Jag tar det lugnt". Därför att då skulle du ha varit igång.

IP: Ja men, jag är inte perfekt men...

Soc1: Nej, nej, nej, nej, nej, nej...

IP: Men jag har varit nere i helvetet, i mitt missbruk och jag missbrukar inte längre! Så jag tycker visst att jag betar mig så som jag... [...] Jag är ingen hycklare! [...] Du får tagga ner! Det går framåt! [...] Det går framåt även om det går långsamt framåt. [...]

Soc1: Jag märker att du blir upprörd när jag säger det här. [...] Jag tror att det är jätteviktigt ATT du börjar fylla dagarna med en massa vettiga saker.

IP: Ja, naturligtvis. Det är ju det viktigaste som jag ville ta upp här idag! För det är ju liksom mitt liv. Så om jag VILL så kan jag ju lata mig hela dagarna, om jag VILL det, men nu är det så att jag vill inte det.

Soc1: Ja, men du KAN inte lata dig hela dagarna. Du får inte socialbidrag då.

IP: Nej, men om jag vill så kan jag skita i allt det.

Soc1: Vem ska försörja dig då?

IP: Jag klarar mig. [skrattar] [...] Och jag tänker ju nej jag tänker inte bli defensiv. Jag tänker inte bli det på det här mötet nu (-35, *eftervården*).

Det här citatet är intressant på många sätt. Socialtjänsten börjar ställa tydliga krav – klienten får inte längre styra situationen i hög utsträckning. Klientens position är starkare än under LVM-tiden men socialtjänsten har maktmedel i form av försörjningsstöd. Klienten signalerar ett eventuellt motstånd och ett sätt att öka sitt handlingsutrymme igen – ”skita i allt”.

Olika planeringshorisonter och behovsbedömningar

Ett mål med Vårdkedjeprojektet som förmedlas till klienterna är att vården och planeringen ska ha ett långsiktigt perspektiv. Vid ÖK-möten är det vanligt att det är samordnaren som betonar långsiktighet – socialtjänsten pratar i mer praktiska termer med ett kortare tidsperspektiv. Ett exempel är följande möte där samordnaren flera gånger tar in uttryck som att: ”med tanke på lång sikt är det ju viktigt att...”, medan socialtjänsten fokuserar på den mer närstående placeringen. Klienten hoppas, under LVM-tiden, ofta på en snabb §27-placering:

Soc: Vi som jobbar på socialkontor måste alltid jobba med REALISM... ”Vad är realistiskt? Går det här att genomföra?” Jag tycker [öppenvård] är inget större problem för dig, det är ju bara att det ska finnas en plats där, och det brukar det finnas. Det är det minsta problemet. Största problemet tycker jag som jag kan se, det är ju utan att ens ha kollat ordentligt, det är ju familjehem som vi pratar om. [...] Men det kollar vi på, naturligtvis. Men jag är bara ärlig mot dig och säger att det här kan vara en svår...

IP: Vad ska vi göra annars?

Soc: ...svårlöst nöt.

IP: Vad tycker ni jag ska göra annars då?

Soc: Ja, vi får titta på det, tycker jag. Jag vill ju vara rak mot dig och säga att det kan vara svårt att få det.

Samordnare: För du har ju goda motiv alltså, tycker jag. Det är ju bra tänkt som du tänker, utifrån att du ska lyckas på lång sikt, och det är därför vi sitter här, och det är det Vårdkedjeprojektet går ut på, att du ska lyckas på lång sikt, med din drogfrihet. [...]

IP: Jag vill ju ut på en § 27a. [...] Men hur lång tid kan det ta då, med familjehem? Måste det ta veckor? [...] Jag vill ju ut på § 27a – det har jag sagt länge.

[samordnaren försöker därefter formulera och föra in några delmål i form av olika studiebesök för att IP ska ha en plan och något att vänta på]

Samordnare: När du och jag pratade så frågade jag dig också om, ifall du till och med hade ett ännu mer långsiktigt mål, om du tänker ännu längre fram, om du hade någon idé och det hade du ju faktiskt.

IP: Att jobba i butik eller?

Samordnare: Ja, jag tycker det är kanonbra. Det ÄR bra att ha långsiktiga mål också. Även om man inte vet...

IP: Jag får ta en dag i taget.

Samordnare: ...hur man kommer dit, men det är ändå bra att ha en liten drömbild, att satsa emot.

IP: Det är sant. [...]

[samordnaren försöker återigen föra in delmål och föreslår att socialtjänst och klient ska ha telefonkontakt så att klienten hålls underrättad – socialtjänsten håller med men med vissa reservationer]:

Soc: Det är inte så att man inte förstår att du, alltså du vill ju någonstans, det förstår vi också, men sedan blir det kanske både ångest för både dig och mig om du ringer mycket också liksom, men vi kan...jag vet inte vad som är rimligt att säga, nu om man ska bestämma någon tid där vi liksom hörs och... (-35, LVM-tiden).

Med dessa *olika tidsperspektiv* kan det långsiktiga tänkandet ibland förefalla hypotetiskt.

Samordnare: När det gäller boende, och vi pratade ju också lite grann, nu tänker man ju långsiktigt, det här är inte sex månader från och med nu som man tänker, utan långsiktiga mål. Du pratade lite grann om [...] ett eget boende, hur man kommer dit. [...] Det finns ju alternativ...

IP: Mm...

Samordnare: Men som sagt, man får ju ligga lite lågt fram till den nivån, eller på just det här området, beroende på hur [§27-placering] fortlöper.

SiS: Precis, för sedan ska ju den här liksom då revideras, ändras också utifrån förutsättningarna...

SiS: Det kan ju ändras så till exempel om du kommer på här sedan om ett par månader att [soc] idé var skitbra, så du vill bo i [boendeform], så ska man kunna ändra det.

Samordnare: Det är ingenting som är skrivet i sten med andra ord. Tanken är ju att man ska ha något att hålla sig till, för att antingen kunna förkasta det eller köra på (-35, LVM-tiden).

Mot bakgrund av att många klienter säger att de tidigare lämnats med en resväska på en centralstation efter en LVM-vistelse uppfattas löftet om det långsiktiga perspektivet ofta som positivt. Men ÖK-mötena handlar ofta om att lösa kortsiktiga bekymmer, exempelvis i de fall klienten mår mycket dåligt. Vidare har alkohol- och droganvändare, i 12-stepsbehandling, fått lära sig att ta en dag i taget.

Jag vet ju inte nu, utan jag tar en dag i taget, så får vi se. Den principen kör ju nästan alla med här, för det går inte. Man får ta en timme i taget ibland. Men det är bara skönt att dagen har gått när det är kväll, så det blir nästa dag (35+, LVM-tiden).

Flera klienter säger att det är *svårt i början* av en nykterhet eller drogfrihet – innan huvudet klarnat – att fundera på en långsiktig vårdplan. Att planera ter sig "överkligt". Då kan det, trots goda intentioner, upplevas som provokativt när behandlare, samordnare och socialtjänst frågar: "Vad vill du?".

På [sluten avdelning på LVM-hem] var jag ganska krockskadad. [...] Jag bara satt ju där. Då fattade jag ingenting. [...] Det gick ju inte så bra att göra det med mig [planera] i början för att jag var ju så SJUK så att jag fattade ju ingenting. Jag var ju krockskadad (35+, efter VKP).

JS: Hur tycker du det fungerar att använda såna formulär eller sätt att arbeta [ÖK-möte]?

IP: Jag kan väl säga så här då. Den här skiten som man bär på med alkohol och så vidare och alltihopa, när man frisknar till från den va, då är ju... Om jag har en skala från ett till tio va, så under den tiden, så blir ju besluten klokare och klokare. Vi säger det är tio månader då, så de beslut som jag tar efter en månad existerar ju inte efter tio månader, tio månaders drogfrihet. För då är det andra beslut som är kanske viktigare och kanske mer... Livslusten kommer tillbaka vilket gör att man tänder.

JS: Så hur fungerar det då att ha en sån där planering?

IP: Det är jobbigt. Det finns ingen anledning att ha någon planering egentligen mer än att... [...] när man åker hem så är det ju tre saker som ska [...] Det är ju tak över huvudet, kläder och mat. Det är ju det viktigaste. [...] De ÄR viktiga, för att har man de tre sakerna – att man inte svälter och fryser och, ja det är ju ganska enkelt, fast det är ju inte enkelt då när man ramlar av. Mer behöver man egentligen inte orda om. För sen kommer allt det här, och det är så jobbigt att "Vad vill du?" kommer dom alltid med, den frågan. "Hur vill du ha det?", efter en månads nykterhet. Man vet inte. ...

JS: Det var jobbigt?

IP: [överröstar JS:s fråga] Ja de här planeringarna! För min del så är det ju det jag återkommer till: de här tre elementära sakerna som är viktiga, punkt slut, och det vill jag ha de här tre sakerna (35+, efter VKP).

Ofta finns det en *konflikt mellan socialtjänstens/vårdens och klientens uppfattningar* om vad som utgör det största problemet och hur detta ska lösas. Många klienter som gått med i Vårdkedjeprojektet rapporterar att de anser sig behöva få hjälp med boende, levnadsform, försörjning och sysselsättning. Projektet ger löfte om ett helhetsperspektiv. Då är det lätt att förstå att klienter blir besvikna när de inte får den utlovade hjälpen. Personalens främsta fokus är ofta alkohol och narkotika. En klient uttrycker tydligt att "man tappar motivationen då, om man inte får någonting för det" (-35, LVM-tiden).

Jag vill ordna mitt sociala liv. [...] Jag har undrat hur de [soc] tänker, för att pengarna är slut, inte in hyran i tid, då blir jag ju bostadslös också. Är det det de vill? Jag fattar liksom inte hur de tänker alltså. Jag har ju inga inkomster! Jag kan inte gå så här och inte göra nåt (35+, efter VKP).

I följande exempel beskrivs en klients förväntningar och besvikelse över att de inte infrias.

I början av Vårdkedjeprojektet sade klienten:

IP: Jag har sagt till [samordnare]. [...] Ja det är väl i stort sett då ekonomin. [...] Och så behöver jag hjälp med [vanställt ansikte], det kan jag inte betala för.

ÖK-möte, efter ca 2 månader:

Samordnare: Jag tänker på de ekonomiska frågorna. [...] LÅNG nykterhet, för att det ska hålla. Då pratade vi om andra aspekter som är med och påverkar, som har betydelse för att få det här att funka. Då var det ju en praktisk grej. [...] Sen så sa du också det här med ansiktet. Det har ju också betydelse för det här med välmående och som i sin tur påverkar nykterhet.

IP: Jag mår ju skitdåligt av det!

Soc: Vi pratades vid jag och X [försörjningsstöd] häromdagen och jag bad att få en ekonomisk redogörelse. Sedan funderade jag på det här med ansiktet. Är det vi som hjälper? Hur var det med det?

SiS: Ja, så långt var det ju att du skulle ta fram en specifikation på vad som behövde göras och hur mycket det skulle kosta. [IP har en sådan, den tas fram] [...]

SiS: Vi ska bara ta kontakt med de berörda parterna så vi får se när allting är klart, när alla delarna faller på plats.

Under eftervården

IP: De hänvisar bara till det ena och det andra. [...] Jag har väl lite mer än hyran att betala också. [...] Man kan ju inte leva på en tusenlapp i månaden. [...] Det går INTE. [...] De tycker att jag har för mycket över. [...] Ja [samordnare] kan ju inte göra nåt, säger "hon". Ingen kan ju göra nåt när det väl kommer till kritan. Man står i alla fall där: "Det är inte min avdelning" [...] Så det är ju rätt [...] meningslöst. Jag vet inte vad de håller på med. [...] Det är ju åt helvete helt enkelt. Jag upplever det så.

JS: Men om vi backar tillbaks och tänker på hela den här perioden från det att ditt LVM började. [...] Vad tycker du att du har fått hjälp med?

IP: Ingenting! Ingenting. Jag har inte fått hjälp med något. ...

JS: Om du ser på din situation nu och hur du mår och så, hur tycker du att det har förändrats under den här tiden då?

IP: Till sämre. [...] Psykiskt sämre mår jag. [...] Inlåsnings och förvaring. [...] Styrande och ställande. [...] Då man verkligen behöver hjälp, då är det nobben. [...] Det finns ingen logik i det. [...] Okej, jag kan sätta mig på [LVM-hem] så får de väl betala. [...] Då kan dom väl lika gärna lägga de kronorna på något annat istället. När de ändå får lägga ut det. Kan de väl hjälpa en så man kommer på fötter hemma för det är ju där man ska vara och inte här. [...] Jag är helt missnöjd med alltihopa. [...] [samordnare] ringer ett par samtal åt mig och säger hur det gick. [...] Det tar liksom stopp när det kommer till sociala biten, då tar det tvärstopp allting. [...] Man blir både förbannad och ledsen. [...] När det blir så man stöter på nej och nej och nej, till allting man behöver ha hjälp med. [...] Vad går man ut med för förutsättningar då? Plus minus noll? Jag går ut med sämre förutsättningar idag än när jag höll på och söp. Jag har sämre förutsättningar nu. [...] När man ber om den hjälpen och inte får någon, man får bara nej, och så iväg med dig, in med dig på torken. Vad är det för jävla resonemang? ... Jag får inte ihop det där. Då kan de lägga ut 3700 spänn om dygnet, men de kan inte hjälpa mig med ansiktet.

Denna konflikt är närbesläktad med att klientens ansvarige socialsekreterare ibland saknar kännedom om och möjligheter att påverka *klientens ekonomiska situation*. Det är socialtjänstens ekonomiska biståndsenhet/försörjningsstöd som ansvarar för dessa frågor och denna enhet har sällan varit representerad vid ÖK-mötena. Det är i första hand socialtjänstens vuxensektion – som handhar missbruk – som deltar i Vårdkedjeprojektet.

Vuxensektionerna och LVM-institutionerna framför således ofta – i enlighet med sina arbetsområden – att nykterhet är det första steget som krävs och en förutsättning för att uppnå andra mål. Klienterna ser andra fällor.

Samordnare: Målet var att ha en fungerande relation med [anhöriga] och att förutsättningarna för det då var att du skulle vara nykter och att du skulle genomgå den här behandlingen.

IP: Mm.

Samordnare: Det var det du sa. Några kommentarer på det? [...]

[IP nämner att "han" har problem inom området psykisk hälsa]

SiS: Det är ju någonting som man jobbar med i behandlingen. Och tränar dig på det.

IP: Det känns som att jag håller på, jag kämpar ju liksom.

SiS: Jag tror att det kommer. Dels så kommer det ju utav att du är nykter tillräckligt länge, bara det gör ju att du kommer närmare.

IP: Eller inte.

SiS: Nja... Det är i alla fall nödvändigt. En nödvändig förutsättning. Men så får du ju träna på det, och jobba med det [...]

IP: Sysselsättning är ju ett måste, för att gå runt sysslös, det är ju bara att kasta sig in i missbruket igen. Det är en jättestor risk [IP vill söka jobb].

SiS: Och jag håller med där. Alltså, det är viktigt kanske att ta... Det viktigaste först och en sak i taget så att säga, och inte, alltså att du har det här med arbete i tankarna. Men nu ska du ju först till [behandling] och påbörja behandlingen där igen. Då kanske det blir liksom det tyngsta ett tag då, och sedan kan du ha det här... Du tänker naturligtvis på det, men att det inte är akut på något sätt, utan det är ju behandlingen ändå som är det viktiga, kan jag tycka. [...] Jag vet att du resonerade kring det på precis det sättet då att "Först måste jag ju bli nykter, och sedan kan jag skaffa de här grejerna". Det är ju väldigt klokt! (-35, LVM-tiden).

Generellt förefaller ÖK-möten skett mer sporadiskt under eftervårdstiden.¹⁶

19 klienter om vårdens planering

19 VKP-klienter intervjuades med DOK-Upp efter 12 månader bland annat om hur de upplevde vårdens planering.

Av Tabell 2 framgår att dessa 19 klienter förefaller nöjda med planeringen och sin delaktighet. De flesta anser att de som deltog i planeringen drog åt samma håll. Majoriteten anser varken att planeringen borde ha fokuserat mer

¹⁶ I studien planerades att sammanställa antalet ÖK-möten per klient baserat på de uppgifter som registrerades i KIA. Det visade sig emellertid svårt att ta fram jämförbara uppgifter ur systemet då händelser och möten registrerades olika och i varierande omfattningar. Det var svårt att utläsa vad som var ett ÖK-möte och vad som var ett annat möte.

på alkohol- eller narkotikaproblem eller på andra livsområden. De kände att de fick stort inflytande över de mål som ställdes upp samt, i något lägre grad, vilka insatser som behövdes. Den negativa sidan är att några tyckte att för många deltog i mötena och flera anser att de haft för få aktiviteter under eftervårdstiden. I svaren framträder inte heller konflikten mellan missbruk och områden som sysselsättning och boende särskilt tydligt.

Tabell 2. 19 VKP-klienters upplevelser av vårdens planering (inkl. § 27 och eftervård) under det senaste året (DOK-Upp extra frågor)

Fråga/påstående	VKP-klienter	
	n	Antal
Tycker du att det varit för få, lagom många eller för många personer inblandade i din planering under det senaste året?	19	
För få		2
Lagom		10
För många		7
Tycker du att de som deltog i planeringen (förutom du själv) drog åt samma håll om vilken vård som behövdes eller var de oense?	19	
Drog åt samma håll		11
Oense		6
Vet inte		2
Jag tycker att planeringen borde ha fokuserat mer... ... på alkohol- eller narkotikaproblem	19	
Instämmer helt och hållet		2
Delvis		4
Inte särskilt		1
Inte alls		12
... på andra områden, t ex relationsproblem eller sysselsättning	19	
Instämmer helt och hållet		1
Delvis		5
Inte särskilt		1
Inte alls		12
Vid planeringarna fick jag tillräckligt stort inflytande över de mål som ställdes upp	17	
Instämmer helt och hållet		9
Delvis		4
Inte särskilt		-
Inte alls		4
Vid planeringarna fick jag tillräckligt stort inflytande över hur och med vilka insatser målen skulle uppnås	19	
Instämmer helt och hållet		5
Delvis		9
Inte särskilt		3
Inte alls		2
Jag hade för många planerade aktiviteter efter institutionstiden	19	
Instämmer helt och hållet		2
Delvis		2
Inte särskilt		2
Inte alls		13
Jag hade för få planerade aktiviteter efter institutionstiden	19	
Instämmer helt och hållet		8
Delvis		4
Inte särskilt		-
Inte alls		7

Tabell 3. 19 VKP-klienters upplevelser av ansvarsfördelning och genomförande av uppgifter enligt behandlingsplanen under det senaste året (DOK- Upp extra frågor)

Fråga/påstående	VKP-klienter	
	n	Antal
Tycker du att det har varit tydligt vad du, samordnaren, din socialsekreterare, LVM-institutionen och annan behandlingspersonal ansvarat för i din planering?	17	
Ja, alltid en tydlig ansvarsfördelning		4
Ja, oftast		6
Nej, vanligtvis inte		3
Nej, mycket oklar ansvarsfördelning		4
Hur väl tycker du att följande personer genomfört de uppgifter de fått enligt planeringen?		
Du själv	18	
Helt och hållet		7
Delvis		10
Inte alls		-
Vet ej		1
Socialtjänsten	18	
Helt och hållet		10
Delvis		6
Inte alls		1
Vet ej		1
LVM-institutionen	18	
Helt och hållet		16
Delvis		2
Inte alls		-
Vet ej		-
Samordnaren	18	
Helt och hållet		14
Delvis		1
Inte alls		3
Vet ej		-
Övriga personer och behandlingsenheter	18	
Helt och hållet		11
Delvis		4
Inte alls		1
Vet ej		2

De 19 klienterna har i varierande grad uppfattat ansvarsfördelningen som tydlig. De svarar att de deltagande parterna i hög utsträckning genomfört de uppgifter de tilldelats vid planeringen. LVM-institutionen ges högst betyg i detta avseende, följt av samordnaren och "andra" aktörer. Socialtjänsten rankas lägst men betyget är ändå gott. Klienterna ger, enligt denna rangordning, sämst betyg till sig själva. De menar i första hand att de "delvis" genomfört sina uppgifter.

5 Klienterna om vårdkedjesamordnaren

I detta avsnitt sammanfattas klienternas syn på samordnarnas uppgifter och deras roller utgående ifrån intervjumaterialet och vad 19 klienter svarade på de extra frågor som lades till DOK-Upp intervjun om samordnaren och dennes roll. Vidare presenteras vilka rollkonflikter klienten har upplevt mellan samordnare och andra vårdgivare – utgående ifrån att samordnaren, enligt VKP informationsbroschyren, inte ska *ersätta varken socialtjänsten eller institutionspersonalen*. Samordnaren ska istället vara en *extra resurs* för klienten.

Samordnarens uppgift är, enligt broschyren, att se till att klientens vård utförs enligt den överenskommelse som gjorts.

Vårdkedjeprojektet = samordnaren

Ett genomgående drag i intervjumaterialet är att Vårdkedjeprojektet av klienterna likställs med samordnaren. När klienter har fått frågan om vad de tycker varit bra med Vårdkedjeprojektet har de svarat med att referera till samordnaren, t ex: "Ja, "hon" har ju hjälpt mig med...". I en öppen fråga de klienter som deltog i DOK-Upp fick om "Vad har du upplevt som negativt/positivt med vårdkedjesamordnaren", säger de 12 klienter som är nöjda med samordnaren att "hon" har ställt upp för dem, varit flexibel, ödmjuk och empatisk. Kontakten har inneburit uthållighet och ett kontinuerligt stöd – även vid svårigheter och återfall. Samordnaren har ställt upp när inte socialtjänsten finns där samt tryckt på socialtjänsten. Klienten litar på samordnaren och dennes råd. De tre som ger både positiva och negativa omdömen refererar både till samordnarens personliga egenskaper, som bra eller som oprofessionell, och de saker som denne verkställt respektive eller inte fått till stånd. En klient uppgav att de inte haft någon kontakt och en annan klient kunde inte ge något svar.

På nio frågor om synen på samordnaren instämmer mellan 10 och mera allmänt 13–15 av de 18 VKP-klienterna helt och hållet med att samordnaren funnits till för dem, stått på deras sida och gett sitt stöd. Ett par-tre av de svarande ger dock ett dåligt betyg.

Klienternas berättelser vittnar om varierande besöksfrekvenser. Denna bild bekräftas i de frågor som ställdes till de VKP-klienter som intervjuades med DOK-Upp.

Tabell 4. 15 VKP-klienters kontakt med samordnaren sedan utskrivning från LVM (DOK-Upp extra frågor)

Hur ofta har du haft kontakt med samordnaren sedan utskrivningen från LVM?	VKP-klienter	
	n	antal
Ingen gång	15	1
1-5 gånger (minst 1 gång per månad)		5
2-6 gånger (1-2 gånger per månad)		4
13 gånger eller mer (mer än 2 gånger i månaden)		5

Under eftervårdsperioden varierar kontaktfrekvensen. Tyngdpunkten ligger för dessa 15 klienter kring en kontaktfrekvens på nära två gånger per månad. I det kvalitativa intervjumaterialet framförs olika skäl till att klienten inte haft kontakt med samordnaren så ofta, såsom: semestrar, kurser och byte av samordnare. Klienterna kan vara nöjda eller missnöjda med kontaktfrekvensen.

Kanske någon gång i veckan kanske. Typ, en och en halv vecka kan det gå, två veckor kanske. Nämen "hon" är duktig på att komma så (-35, *LVM-tiden*).

IP: [Samordnare] gör väl så gott "hon" kan, men...

JS: Vad är det du hade velat få mer hjälp med?

IP: [skrattar] Jag ringer ju inte till "henne" om jag mår dåligt och så. Det tycker jag ligger lite grann på dem, eller på "henne".

JS: Menar du att du skulle vilja att "hon" skulle vara en person som du kan prata med mer?

IP: Ja. Det är det "hon" är till för. [...] När jag mår så jävla skitdåligt, vilket jag gör nu. [...] "Hon" har ju inte ringt ens. Jag skiter...

JS: Har Y [soc] ringt?

IP: Ingen ringer! Fast det är väl ganska skönt (35+, *eftervården*).

Samordnarens uppgift är fixare, länk till socialtjänsten – vän?

I VKP-informationsbroschyren anges att samordnarens uppgift är att se till att vården "utförs enligt den överenskommelse som gjorts tillsammans med dig, institutionen och socialtjänsten". Klienter refererar också till att samordnaren är spindeln i nätet som samordnar vården. Från klienternas berättelser framkommer emellertid att samordnaren är och gör mer än så för klienterna.

För klienterna är samordnaren ett bollplank och en person som kan ge goda råd. Samordnaren ska stå på klientens sida. Samordnaren går ibland utanför de vanliga ramarna och gör mer än vad andra vårdgivare i vanliga fall gör och kommer därför att betyda mer för klienten än andra vårdgivare.

Samarbetet med X [samordnare] funkade jättebra [...] som jag tydde mig mest till och som jag litade på till 100 procent. [...] Hjälpte ju mig att få [boende]. Jobbade ju för min skull. [...] [Samordnare] och jag, vi har haft kontakt hela tiden ändå även fast "hon" inte har varit min samordnare. Vi har haft jättebra kontakt [...] vi har blivit vänner. [...] Vi håller fortfarande telefonkontakt och sådär eftersom jag tycker så mycket om "henne" [...] [Samordnare] har alltid frågat mig vad jag vill [...] aldrig sagt att "Du ska göra så och så" [...] har aldrig försökt att påverka mig till något annat än vad jag själv vill. [...] En jättebra människa. [...] skjutsade mig till [LVM-institutionen] på "hennes" privata tid. Vem skulle ställa upp och göra så? De skulle bara hänvisa mig till polisen... "Hon" bryr sig verkligen (35-, *efter VKP*).

Några klienter kan också mena att samordnaren har en mera ytlig kontakt och hänvisar till att detta är samordnarens roll.

[Samordnare] är så svår att få kontakt med, eller svår, men "hon" är ju... Jag ska inte säga att jag är så djup, men "hon" är liksom, "hon" tar ju allting så jävla ytligt. Men det är ju inte "hennes" jobb heller. "Hon" är ju inte min biktfader... men liksom. Allting: "Ja det är lugnt, bla bla bla". Så byter "hon" samtalsämne (35+, efter VKP).

Samordnaren utför även en hel del praktiska saker: hämtar saker i klientens lägenhet under LVM-tiden, tar hand om husdjur, hjälper till att ordna upp och betala räkningar m m.

Jag har en jäkla massa räkningar jag måste ta hand om. [...] Ja, [samordnaren] pratade lite löst om det där. Jag tror det är många räkningar som är likadana, som är samma räkning. Det blir ju kronofogden då. Det är sådana bitar. [...] Ja, det kan jag be om hjälp om, det har vi pratat om, med X [samordnaren], och se om man kan göra något åt det (35+, LVM-tiden).

JS: Om du skulle beskriva vad samordnaren, X [samordnare], är till för, och gör, vad skulle du säga då?

IP: Ja samordnar. [skrattar] Ja, det är väl det. Ja "hon" har hjälpt till med... ja, stöttat en i saker som...

JS: Stöttat. Hur menar du då stöttat?

IP: Ja, när "hon" hjälpte mig att hämta hunden och sådana saker (35+, eftervården).

Samordnaren är generellt mer nåbar än vad socialsekreteraren är vilket upplevs som positivt av klienterna: "'Hon' svarar när man ringer och så, det är huvudsaken" (-35, LVM-tiden). Att samordnaren är nåbar, ska stå på klientens sida och stötta klienten innebär också att samordnaren utgör en länk till socialtjänsten. Klienterna upplever ibland att socialtjänsten bemöter dem på ett mer respektfullt eller "lenare" sätt när samordnaren är med (Fältanteckningar 2006, -35, eftervården). Samordnaren kan förklara och tydliggöra vad socialtjänsten menar så att missförstånd avvärsjs.

JS: Hur tycker du att din relation till socialtjänsten ser ut nu när [samordnare] finns med också?

IP: Ja, den är ju lite skev. Jag har nyligen bytt assistent och jag har lite svårt för "henne", jag vet inte.

JS: Varför bytte du då?

IP: Nej, den andra slutade. [...] "Hon" [den nya] påstår ju att "hon" känner mig, men jag känner inte "henne". Så det är lite svårt med missupp-

fattningar och grejer. I början här. Så vi har ju inte pratat med varandra så mycket. Men det är ju bra med [samordnare] nu, som kommer dit, som kan informera. Hjälpa till. Det är ju ganska bra (35+, *LVM-tiden*).

Som vi skall se nedan kan dock länken ibland bli för stark och samordnaren blir ett hinder i kontakten mellan klient och socialtjänst.

Klienter kan också vara riktigt missnöjda med samordnarens insats. En lindrig variant är att klienten upplever att samordnaren vill och kan göra mycket men är för stressad. I de mer extrema fallen känner klienten sig besviken och sviken av samordnaren:

Jag är skitbesviken. För det kommer att bli exakt samma som förra LVM: et, jag kommer komma ut och är hemlös. [...] [Samordnare] var med på soc-mötet på [LVM-institution]. Då sa jag det: "varför har du inte sagt att [boendet] finns, att de har byggt om det för då är det en möjlighet för mig när jag flyttar hem. Varför har du inte sagt det?" "Nej, jag vet inte", säger "hon" då. Så kan man ju inte säga liksom. [...] Sånt där trodde jag att de skulle hjälpa till med – säga. Jag har ju fått kolla upp via vänner vad det finns, i [hemkommun], för öppenvård bla bla bla och lägga fram förslag till soc. [...] [Samordnaren] sitter bara där för att få sina jävla pengar. [...] För "hon" gör INTE ett skit. "Hon" har liksom hur många som helst alltså så sitter "hon" bara och pratar privatsamtal i sin jävla mobiltelefon, det är det enda "hon" gör. Ja det händer ingenting liksom. Sitter "hon" bara med på mötena. "Hon" gör INGENTING (-35, *efter VKP*).

Klienter upplever ibland att samordnaren snarare är på personalens än på "hans" sida, vilket oftast upplevs som ett svek mot utlovat stöd.

IP: Sen som jag trodde då att "hon" kanske ska höra sig för inför mötet... [ÖK-möte]

JS: Med dig, eller?

IP: Ja. Nej, "hon" sitter på deras sida så att säga, så är det ännu en kontrollant. Jag tycker det räcker med kontrollanter runt i kring mig. [...] "Hon" är ju mer på personalens sida än vad "hon" är på min sida.

JS: Är det någon som du känner är på din sida av dem som är med?

IP: Nej. Ingen alls. Jo, X [behandlare som ej är med på mötet].

JS: Mm. Men just det här att du tycker X [samordnare] är mer på personalens sida, känner du att det har förändrats under tiden? Kände du så i början också?

IP: Jo "hon" pratar ju mer med dem. "Hon" är inte alls så där, med mig alltså. Men jag vet inte, det är väl kanske någonting så inom SiS. [...] Jag känner inte att "hon" står på min sida. (35+, *eftervården*).

Det faktum att klienter känner att samordnaren inte alltid är på deras sida kan kopplas till att samordnaren är en del av SiS och att samordnaren måste rapportera det som händer och det klienten säger till socialtjänsten. Samordnaren är ingen neutral person som kan stå enbart på klientens sida. Många klienter säger vid något tillfälle att de varit försiktiga med vad de säger till samordnaren – som har makt att sätta dem bakom lås och bom. Den kontroll som medföljer myndighetskontakter är också ett av de skäl som klienter anger till att tacka nej till Vårdkedjeprojektet.

JS: Du sa nyss att du tyckte att [soc] och [samordnaren] har makt över dig på nåt sätt. Berätta hur du tänker.

IP: De har ju det [skrattar till]. Alltså de har ju makten att plocka mig från mitt liv och sätta mig innanför lås och bom. Och det är ju en makt som ingenting annat. Jag har lika lite makt som en mördare har.

JS: På vilka sätt skulle du säga att det påverkar din relation till [soc] och [samordnare]?

IP: Ja det är ju att jag får hålla masken liksom. Jag kan inte säga allting till dem. Absolut inte. Jag kan ju inte lita på dem helt. [Behandlare] kan jag ju lita på för "hon" har sagt att det är hundra procent tystnadsplikt. Då kan jag slappna av och bara vara mig själv, men annars måste jag hålla mig mer neutral. Det gäller ju alla andra också eftersom att de kan ta kontakt med [soc] eller [samordnare].

JS: Skulle du hellre vilja att [samordnarens] roll skulle se annorlunda ut? Skulle det vara bättre? [...]

IP: Det skulle ju vara... "Hon" skulle få så mycket mer ärlighet. Alltså, så många människor som måste ljuga för [samordnaren]. Det skulle inte hända om "hon" hade hundra procent tystnadsplikt. För "hon" hjälper ju jättemycket med praktiska saker och så där men för mig [...] men förutom det här praktiska så är "hon" bara en till i mängden som jag måste ljuga för (-35, *eftervården*).

En klient menar att samordnaren samordnar vården väl men att samordnaren egentligen bara är en del i SiS maskineri. Klienten menar att ett alternativ skulle vara att använda representanter från oberoende föreningar istället.

IP: Att det är en samordnare mellan olika instanser, och att de är som spindeln i nätet lite grann. Fast samtidigt så är det ju det där att de är ju anställda av SiS liksom. Så att det känns inte som att de är ett oberoende organ. Och det är de ju inte heller direkt. Och det kunde jag känna kanske någon gång då och då på [LVM-institution], när [samordnare], om det var någon gång jag var väldigt upprörd, och då klagade på personalen. Då var "hon" på nåt vis, att "hon" solidariserade sig med DOM, att de gör, vad de

kan, ska du tro, och så där. DÅ var jag förbannad på "henne". Jag skulle vilja beskriva Vårdkedjan som en, som en installation i installationen på nåt vis. För att de är ju inte helt fristående och det kan väl vara känsligt och så där.

JS: Skulle det vara bättre om det var någon annan då? Vem skulle det vara då? [...]

IP: Det finns ju föreningar. Det finns ju såna här som KRIS och Brukarföreningen. [...] Det är ju före detta missbrukare, och de är ju helt oberoende från stat och sånt där liksom. Men, och då kändes det ju skönt, samtidigt så är det ju bra de gånger när jag pratar med DIG då. Med [samordnare] känns det ju så här, "hon" ÄR ju anställd av SiS. Tänk om "hon" går och skvallrar och så där? Men nu kommer jag ifrån den ursprungliga frågan hur jag skulle beskriva Vårdkedjan. Men jag skulle beskriva den som en samordnare mellan olika instanser. Som håller i och kallar till möten, och liksom pusslar ihop det. [...] Jag tycker jättemycket om [samordnare], verkligen (35+, *eftervården*).

"Samordnare(n) kommer inte att ersätta varken socialtjänsten eller institutionspersonal": om ansvarsfördelning och inflytande

I informationsbroschyren framgår också att samordnaren inte skall ersätta andra vårdgivare. I intervjumaterialet finns heller inget som tyder på att klienterna tycker att samordnaren tar över LVM-institutionens uppgifter. I avsnittet ovan framkommer dock att samordnaren ibland övertar delar av socialtjänstens ansvar när kontakten med socialtjänsten blir skev. Av Vårdkedjehandboken (2005) att döma ska samordnaren inte spela särskilt stor roll när klienten möter socialtjänsten och övriga vårdgivare vid ÖK-möten. Bland annat ska samordnaren inte signera de kontrakt som ingås mellan klient, socialtjänst och LVM-institution.

Av intervjumaterialet framgår att klienter kan uppleva det som negativt när samordnaren tar en för liten och svag roll vid ÖK-möten. Det förekommer också att klienten redan planerat händelseförloppet tillsammans med socialtjänsten och varken Vårdkedjeprojektet eller samordnaren bidrar då mycket vid mötet. Klienten kan dock ändå uppleva att samordnaren utgör ett stöd för "honom".

IP: Jag har fått ett boende. [...] De har personal på dagar och lite dagverksamhet. Det är väl dit jag vill komma. [...] Ja, öppenvårdsprogram. Då ska jag [...] ha samtal med [behandlare]. Så ska jag lämna urinprov. Sen har jag en kontaktperson som man kan göra lite roliga grejor med. [...] Vi har en planering. [ska ha ök om en månad]

JS: Den här planen, hur har det gått till? Vem och hur har planerat det?

IP: Jag och soc har ju planerat det, till och med innan jag kom hit då.

JS: Var tycker du att X [samordnare] kommer in då, vad har "hon" gjort, vilken roll har "hon"?

IP: Ja, vad har "hon" gjort hittills? Jag vet inte... Vi har gått igenom det här [*i en senare intervjù*].

[en månad senare]

IP: Ja, vi [samordnare och klient] gick igenom vad jag ville innan mötet. Jag sa ju vad jag ville. "Hon" tyckte det lät bra och sen när vi hade möte med socialen så tog "hon" upp de bitar som jag hade tagit upp med "henne" innan. Men jag tog ju upp det mesta själv men det jag glömde så, vissa grejer som jag glömde tog "hon" upp. [...] Jag är rätt tystlåten, säger inte så mycket. Då tar "hon" upp det i stället. Så jag vet inte, det går bättre nu [med soc] (-35, *LVM-tiden*).

Det faktum att samordnaren inte är särskilt delaktig kan också väcka frågor hos klienterna om vilket inflytande samordnaren egentligen har att påverka något.

[samordnare] verkar ha inflytande... men det ska ju igenom i alla fall. [...] Jag vet inte hur stort inflytande "hon" har haft över socialtjänsten. Det är, det kan inte jag säga. Det är svårt att säga (35+, *efter VKP*).

I de fall samordnaren är mer delaktig i planeringen och vid ÖK-möten kan det bli oklart vem som är ansvarig för vad. Klienter menar ibland att de olika inblandade instanserna (socialtjänst, LVM-institution och sjukvård) inte lyckats "dra jämt" tidigare och en del tycker att det inte fungerat bättre nu (35+, *efter VKP*). Samordnaren kan till och med bli ett hinder i vårdkedjan.

JS: Du säger att dina kontakter med soc kanske inte är de bästa. Har det blivit någon skillnad då att X [samordnare] har varit med?

IP: Nej, det blir nästan värre när "hon" är med. För att, då lägger man ju över på dem att kan inte du ringa, för det blir lättare. Jaja, då får man liksom ingen kontakt med soc. De säger: Du får ringa till din samordnare. Jag får knappt ringa till soc. Och soc säger: ring till din samordnare. Och så ska jag sitta och berätta allt för "henne", sen ska "hon" lägga över det. Så det blir liksom ingen direkt kontakt mellan mig och soc. Allt ska gå VIA samordnaren liksom (-35, *efter VKP*).

Om alltför mycket ska gå via samordnaren kan klienterna reagera negativt på det – men de bidrar också själva till denna situation.

IP: Jag tycker att de lägger alldeles för mycket ansvar på [samordnare]. [...] Socialtjänsten tycker jag lägger över mycket ansvar på "henne". [...] När

det har varit planering, liksom att "hon" skulle skriva alla de här listorna, sedan skulle "hon" skicka ut det och sådär. Jag tycker att det är fel. Jag tycker att det ska [soc] göra. Det är [soc] som ska sköta planeringen, det är inte meningen att [samordnare] ska behöva ta över allt ansvar liksom, de lägger över för mycket ansvar... Och att "hon" ska sköta kontakter hit, kontakter dit liksom. [...] Tar för givet att "hon" finns där hela tiden. [...]

JS: Vilka saker skulle du säga att du vänder dig till [samordnare] med?

IP: Allting... För det går inte att få tag på min socialhandläggare, det är helt omöjligt. Det blir ju att man lägger mycket på [samordnare]. Ber "henne" om ett papper eller lämnar ett meddelande för att "hon" är lätt att få tag på eftersom "hon" är i [hemkommun] [...]. Så det blir att man lägger mycket på [samordnare] hela tiden, och "hon" säger aldrig nej... Det känns också lite dumt, att man lägger allting på "henne". Men socialen har ju blivit bortskämda sedan VKP kom (35+, efter VKP).

I detta sammanhang förs ett intressant resonemang av en klient kring de olika vårdgivarnas roller och åsikter när de möts. Klienten är medveten om att alla närvarande har något olika agendor och åsikter.

IP: De är inte riktigt överens på alla plan [skrattar]. Det var lite skrattretande, [...] märkte hur professionell alla skulle hålla sig och ändå tyckte de liksom, egentligen så ville de typ skrika på varandra men ändå blev det såhär: "Mm...ja..." [...] Och så försökte "hon" hålla masken och så vet jag vad "hon" tycker. Det var skrattretande, när man inte kan prata om saker öppet för att det ska vara så professionellt. [...] Nä, men de tycker olika helt enkelt. [...]

JS: Du sa att du tyckte att det blev ett lustigt möte eftersom alla satt där och var professionella, så de inte sa vad de tänkte, tycker du att det är bra att det är så eller skulle du föredra att folk blev förbannade?

IP: Ja, det skulle jag föredra. [skratt] [...] Det här är ändå inte riktigt professionellt, det handlar inte om någon affärsidé som ska läggas fram utan det handlar om mitt liv. Jag skulle nog mer uppskattat det om det var lite mer liksom att man sa rakt vad man tyckte. [...] Jag vet ju att de tyckte jättemycket saker. (35, LVM-tiden).

Det är alltså många viljor, synsätt och arbetssätt som ska kombineras i Vårdkedjeprojektet. I en del fall anser klienterna att aktörerna inte är tydliga med vad de tycker. Samordnaren har en stor uppgift i att ensam försöka få en samsyn:

IP: Jag tror på idéerna. [...] Men i praktiken så är det eftervården jag trycker på, som jag trodde det skulle bli mer utdelning utav. Och att de med större auktoritet då skulle kunna trycka på soc. Men det kanske kommer. [...]

[Samordnaren] har ju inte den auktoriteten, för att möta socialsekreterare som har jobbat också många, många år som kommer ny på och sen försöker jag slå igenom DEN muren som finns där, det måste ju vara ett rent... Men då måste det ju finnas några kollegor till [samordnaren] sen i sin tur som trycker på. Det är det problemet: Kommunikationerna emellan dem här, Landstinget, ja som jag berättade, det blir fem ställen till slut. [...] Och alla drar åt olika håll. Alla vill behålla sitt. Och dölja framför allt. Dölja svagheterna. [...] Man vill ju se handlingskraft då, men hur ska [samordnaren] kunna i sin tur... "Hon" är ju ensam i kommunen! Hur ska "hon" kunna slå mot hela socialen? [Samordnaren] är ju väldigt ensam. Det syns ju på "henne" – försöker strukturera upp det här, det har jag ju sett, och sen då de som är med i sin tur. De river ner allt. [...] Jag ser ju, "hon" kämpar ju som fan liksom för att få sin stämna hörd. Verkligen. Men samtidigt märker man ju då att de krafterna... De som har jobbat länge... Det blir ingenting. Då river de ner "hennes" saker. Jag tycker de gör det med "henne". [...] Det handlar ju om att angripa attityder och ingripa liksom ett helt system som är åt helvete. Och framför allt det här systemet då, gentemot soc [...] [samordnaren] försöker ju liksom men jag återkommer från det här liksom att motståndet till sociala myndigheterna är jättestort. [...] Det spelar ingen roll. [...] Det är ju tråkigt att man ska ha en sån, vad ska jag kalla det för, när man jobbar med människor så ska det ju inte... Företag kan väl bli en konkurrent som får sälja jävla legosaker då, det är väl en annan sak om man sitter och slåss och river håret av, men när man jobbar med människor så tycker jag inte man ska hålla på liksom. Då ska man ju titta på individen och inte på förvaltningen (35+, efter VKP).

6 När Vårdkedjeprojektet tar slut

Syftet med Vårdkedjeprojektet var att klienterna skulle uppnå bestående förändringar i sitt liv. Om detta mål uppnåtts går givetvis inte att säga efter så kort tid som förlöpt från det att klienter gått med i Vårdkedjeprojektet och till dess utvärderingen skulle slutrapporteras. Utvärderingen är inte heller fokuserad på att fastslå Vårdkedjeprojektets effekter (se Introduktionen). Det framgår vidare av föregående kapitel att det inte finns ETT vårdkedjeprojekt så som det upplevts och bedömts av klienterna. Likaså visar implementeringsstudien (Palm) att Vårdkedjeprojektet har tolkats och använts av olika aktörer på olika sätt. Det är därför svårt – om inte omöjligt – att ge en enda bedömning av Vårdkedjeprojektet. Det går inte att säga att det genomgående varit bra eller dåligt för klienterna.

I detta avslutande resultatredovisningskapitel presenteras hur klienter upplever att deras situation förändrats under de tolv månader som de deltagit i Vårdkedjeprojektet samt vad som bidragit till dessa förändringar. Vilken roll spelar Vårdkedjeprojektet i dessa förändringar och vad anser klienterna att det har bidragit med.

Är det slut?

I en del fall har klienter efter 12 månader klart sagt att Vårdkedjeprojektet är avslutat. För klienterna är det ibland oklart hur länge Vårdkedjeprojektet ska pågå – om det är slut eller inte. En del klienter tycker att Vårdkedjeprojektet "runnit ut i sanden" utan avslut (35+, efter VKP) och de antar att det är avslutat, innan 12 månader har gått. Andra menar efter 12 månader att Vårdkedjeprojektet ska pågå i ett och ett halvt eller två år, andra menar att det är avslutat men de fortsätter ändå ha kontakt med samordnaren.

IP: Ja, året har gått.

JS: På måndag? Är det någon slags avslut ni ska ha då?

IP: Nej. Jag ska träffa [samordnare] och min assistent. Vi har inte pratat om att avsluta (35+, efter VKP).

Bra och dåligt med VKP

I DOK-Upp intervjun fick klienter generellt bedöma vilken hjälp de anser att de fått genom Vårdkedjeprojektet, överenskommelser och samordnaren. Av 18 svarande klienter gav 13 det allmänna betyget 4 eller 5 som bedömning av den hjälp de fått av samordnaren (genomsnitt 3,89) och 9 personer 4 eller 5 som betyg på planeringen eller vårdkedjeöverenskommelsen (genomsnitt 3,33). Utan att kunna generalisera de svar dessa 18 klienter ger till alla VKP-klienter så signalerar siffrorna att klienterna verkar nöjda med samordnaren och något mindre nöjda med ÖK-mötena. Dessa svar kan lättare förstås om vi ser till vad dessa 18 klienter sa, i fritext, att de upplevt som positivt och negativt med Vårdkedjeprojektet (Tabell 5).

Tabell 5. 17 VKP-klienters syn på vad de upplevt som positivt och negativt med VKP under det senaste året (fritext) (DOK-Upp extra frågor)

Enbart positiv (7 personer)

Bara positivt! Samordnaren särskilt. Fortsatt kontakt efter LVM.

Positivt att fler personer är inblandade. Kontakten med samordnaren är mycket bra.

Positivt att någon utomstående kunde göra ens röst hörd (påverkan). De kunde kolla upp saker som sysselsättning o. dyl. Inget negativt.

Positivt med tät kontakt med samordnaren – bra relation och kommer bra överens. Samordnaren hjälper till när är osäker. Bra med samordnaren – "hon" för min talan. Ingenting negativt.

Positivt hela tiden. Haft kontakt med samordnaren hela tiden. Stöttning, puffat på. Inget negativt.

Inget negativt. Positivt att det överhuvudtaget finns. Att min samordnare ställer upp när jag behöver "henne".

Kommer inte på något negativt. Positivt är att inte behöva starta om från ruta ett. Samordnaren fanns med hela tiden oavsett vad som hände.

Positiv och negativ eller neutral (5 personer)

Positivt att samordnaren har tryckt på socialtjänsten så att det hänt saker. Negativt att det funnits för lite information.

Positivt att det finns en person att träffa. Negativt att jag fortfarande inte riktigt vet vad det handlar om.

Positivt att samordnaren åkte hem till IP och hämtade posten och vattnade blommorna under en period.

Negativt att inte fick någon hjälp.

Positivt är att inte bli lämnad efter behandlingshemmet. Negativt är att det blev fler människor att ljuga för.

Svårt att säga vad som är positivt. Det är bra att man i VKP blir garanterad hjälp i ytterligare 6 månader efter LVM-tiden. Inget är negativt. Men har inte fått så mycket hjälp än så länge. Har skaffat jobb och sysselsättning själv.

Tabell 5. (forts.)

Neutrala (3 personer)
Har inte så mycket kontakt med vårdkedjan. Har vistats på institution hela tiden. Inte så stor erfarenhet p g a snabbt byte av boendeort. Svårt att säga: Har haft lite kontakt med samordnaren. Allt har fungerat ändå.
Negativa (2 personer)
"Hon" vet inte riktigt vilken roll VKP haft i planeringen. CRA var ofullständigt – rann bara ut i sanden. Tycker inte heller om CRA-metoden: Rör upp saker som IP vill lägga bakom sig. Fick IP att må dåligt. Positiva lögnar som presenteras snyggt. Allt var bara skitsnack.

De som säger att Vårdkedjeprojektet varit bra är också nöjda med samordnaren och tvärtom. De klienter som var positiva till Vårdkedjeprojektet anser att samordnaren varit ett gott och uthålligt stöd och haft insyn i vården och vårdplaneringen. De som anför både positiva och mer neutrala eller negativa åsikter menar att samordnaren var bra och gav praktisk hjälp och kunde påverka vårdförloppet en del, men att de inte fått någon egentlig hjälp. Det anses positivt att inte bli lämnad efter LVM-tiden, samtidigt som Vårdkedjeprojektet innebär att det finns fler personer som klienten eventuellt måste manipulera. Klienter som framför en negativ åsikt tycker ibland att Vårdkedjeprojektet varit otydligt, CRA rann ut i sanden och Vårdkedjeprojektet var mest "snack".

Motsvarande åsikter framförs av klienterna i intervjumaterialet. Det positiva är att ha ett stöd och en person som snabbar på processen lite – så att "soc får ändan ur vagnen" (-35, efter VKP).

JS: Vad är det bästa med Vårdkedjeprojektet? Som du har upplevt det? För dig?

IP: Ja känslan av att inte vara ensam. Känslan av att det finns en person som kanske kan stärka lite så att det händer någonting. Känslan av ett stöd i alla fall. Och det är viktigt som fan. Det behövs inte mer. Känslan av liksom att kunna ta kontakt och veta att det finns. Och jag hade känslan av att de vill, att de har velat mitt bästa (35+, efter VKP).

En negativ aspekt som förs fram i intervjumaterialet, men inte i DOK-Uppsvaren, är de stora kostnaderna för LVM för kommunen och att det inte tycks finns några medel för eftervården.

JS: Finns det någonting man skulle kunna göra bättre i Vårdkedjeprojektet då? Är det bra tänkt som det är?

IP: [...] Det är ju eftervården men den... Det är väl DÄR då resurserna ska sättas in. Under den här tiden som man har LVM:et så är det ju i alla fall [LVM-institution] som har huvudansvaret, punkt slut. Kan man sen få ut någonting på ett annat ställe än [LVM-institution] så är det ju bara bra. Men sen kommer ju den här frigivningen, när man ska ut, och det är DÄR resurserna... [...] Då är pengarna borta. [...] Då tar de hundra procent för mig här [§27-placering]. Vi säger att de tar tusen om dan. [...] Tvåhundra

står kommun för. Då är det ju meningen att de pengarna som de tjänar om jag är här i låt säga fyra månader. Det är ganska mycket pengar. De ska då omsättas i...i...

JS: Eftervården?

IP: För MIG! [...]. MEN de pengarna försvinner! (35+, efter VKP).

DOK-uppföljning efter 12 månader med 19 VKP-klienter

Som en del i Vårdkedjeprojektet gjorde SiS en liten uppföljningsstudie som bygger på DOK-Upp (uppföljningsintervju, 6 månader efter utskrivning). Nedan presenteras 19 VKP-klienters situation ca sex månader efter utskrivning. Den grupp som nåtts för återintervju (19 personer av 44) är för liten för att bearbetas och jämföras statistiskt med en annan grupp och deras situation beskrivs därför kortfattat och diskuteras i relation till de utfall som annan forskning kring LVM-vården har visat.

Arne Gerdner (2004) ger i bilagedelen till LVM-utredningen (SOU 2004:3) en översikt av den forskning som gjorts kring LVM-vårdens utfall. I genomgången inkluderas 32 utfallsstudier, åren 1983–2003, som tillsammans omfattar 3 026 klienter varav 2 085 var intagna med tvång. Han använder tre olika utfallsmått: förbättring vad gäller missbruk, total nykterhet/drogfrihet samt andelen döda per år efter utskrivning. Utfallsstudierna visar en genomsnittlig förbättring av missbruket hos 30 procent av de vårdade. Andelen klienter som uppvisar en förbättring har ökat över tid och under den senaste tidsperioden (1995–2000) uppvisade 38 procent av klienterna en förbättring (baserat på ursprungligt urval, korrigerat för bortfall m m). Likaså har andelen helnyktra ökat över tid, 14 procent under den sista tidsperioden. Andelen döda har inte förändrats över tid och ligger i genomsnitt på sju procent per år. Gerdner (2004) visar att studierna i första hand inte kunnat påvisa skillnader i utfall mellan kvinnor och män, alkohol- och narkotikaanvändare och mellan frivilligt vårdade på LVM-institutioner och tvångsvårdade vad gäller förbättrad missbrukssituation. Det finns inga uttömmande resultat kring hur klienters övriga livssituation förändras efter ett LVM. En studie från Lunden (Gerdner 2000) indikerar dock att klienter främst uppvisar förbättringar. Försämringar finns dock i fråga om fysisk hälsa, psykisk hälsa och boende, vilket därför pekas ut som viktiga områden för eftervården.

Larsson och Segraeus (2005) gjorde en uppföljningsstudie baserad på DOK cirka sex månader efter utskrivning vid sju institutioner som tillsammans förfogade över ungefär hälften av alla LVM-platser. Materialet består av klienter som skrevs in enligt LVM eller SoL och som skrevs ut under tiden 1999-08-01–2000-07-03. I studien beskrivs 154 klienters livssituation och missbruk vid in- och utskrivning, vid uppföljningstillfället samt sex månader före inskrivning och uppföljning. I rapporten delas klienternas missbruk från utskrivning till uppföljning in i tre olika grupper. Cirka en tredjedel av

klienterna (48 personer) föll in i den grupp som det gått bra för med avseende på missbruk sedan utskrivning. Dessa karaktäriserades med ett *återhållsamt missbruk*, d v s klienten var drogfri eller hade missbrukat vid enstaka tillfällen eller en kortare period. 54 klienter karaktäriseras av ett *moderat missbruk* som avser att de återfallit efter några veckor i ett mellanintensivt missbruk under några veckor upp till drygt en månad eller ett mer intensivt missbruk under en kanske något kortare tidsperiod eller upp emot två månader. Därefter har gruppens missbruk minskat eller upphört. I den tredje gruppen med ett *tungt missbruk*, som karaktäriseras av ett dagligt missbruk sedan utskrivning eller periodvis missbruk dagligen med en del uppehåll, kanske på en institutionsboende, finns 50 klienter. En jämförelse mellan dessa tre grupper med data från inskrivningsintervjun visar att det inte finns några större skillnader mellan grupperna ifråga om missbruk, omständigheter kring familj och umgänge, uppväxtmiljö, försörjning, fysisk och psykisk hälsa, övergrepp och kriminalitet. De i gruppen med *tungt missbruk* hade mer omfattande vårdhistorier med fler vårdtillfällen och/eller tidigare tvångsvård. Vid utskrivningen hade de i gruppen för *återhållsamt missbruk* i högre utsträckning ett eget boende medan fler i gruppen *tungt missbruk* var hemlösa.

Som presenterats i klientstudien inledande kapitel gjordes DOK uppföljningsintervjuer (DOK-Upp) efter 12 månader från intagning med ett mindre urval klienter som deltagit i Vårdkedjeprojektet.¹⁷ Nitton personer återintervjuades. I den avidentifierade fil som erhöles från SiS ingick DOK-In och DOK-Ut material för samtliga 44 personer som var aktuella för uppföljning.

Tabell 6. Klienter som deltog i uppföljning och skäl till bortfall samt tid mellan inskrivning och uppföljning, antal

	Antal
Uppföljning med DOK efter 12 månader	
Intervjuad	19
Misslyckats få tag i	11
Vägrar	9
För dåligt fysiskt eller psykiskt tillstånd	4
Avliden	1
Tid mellan inskrivning och uppföljningsintervju	
Intervall (dagar)	335–528
Medelvärde (dagar)	389
Median (dagar)	383

¹⁷ Endast 44 av 74 VKP-klienter var aktuella för uppföljningen eftersom utvärderingens tidsram innebar att de klienter som gick med i VKP i ett sent skede inte skulle hinna genomföra uppföljningen. En del klienter föll bort eftersom de hade gått med i VKP för tidigt och det hade gått för lång tid när medel avsattes för att göra uppföljningsintervjuerna.

Tabell 6 visar att intervjuarna inte kunde nå elva personer, nio personer vägrade delta, fyra var i för dåligt skick för att delta och en person hade avlidit. Intervjun genomfördes i genomsnitt efter drygt 12 månader. Elva av de 44 personerna gjorde en lång DOK-In intervju, lång DOK-Ut intervju samt deltog i DOK-Upp. Ytterligare tre personer som följts upp har lång DOK-In intervju och kort DOK-Ut intervju. Fem personer som deltagit i uppföljningen har korta DOK-In och Ut-intervjuer. Fokus i analysen ligger därför på frågor som ingår i kortversionerna av formulären.

Att ett litet antal klienter ingår i utfallsstudier av LVM-vård är ett vanligt problem, vilket även motiverade varför *Utvärderingen av Vårdkedjeprojektet* antog ett annat perspektiv än en ren utfalls- eller effektstudie (se också Gerdner 1998 och Larsson och Segraeus 2005 för andra exempel).

Så är även fallet i den här aktuella uppföljningen. Problemet är inte enbart ett litet urval utan även ett selektivt bortfall. Vi kan knappast säga att de 19 personer som återintervjuades är representativa för de 44 klienterna i urvalet och än mindre för de 74 VKP-klienterna. Därför presenteras resultaten här inte i tabellform. Problemet med bortfallet kan illustreras med ett exempel. Majoriteten av de 19 uppföljda klienterna rapporterade inga problem med sin fysiska (13 klienter) och cirka hälften (9 klienter) inga problem med sin psykiska hälsa efter 12 månader. Om vi antar att samtliga fyra som inte deltagit i uppföljningen eftersom de mådde för dåligt psykiskt eller fysiskt rapporterat omfattande problem vid uppföljningen, att hälften av dem intervjuaren inte lyckats få tag på och de som vägrade delta skulle ha rapporterat problem, samt att den som avlidit hade haft problem så får vi en helt annan sammantagen bild som skulle visa att majoriteten av klienterna i urvalet skulle ha rapporterat problem med den fysiska och psykiska hälsan. Hur det gick för de 19 klienterna ska därför inte generaliseras till utfallet för hela VKP-gruppen.

I de analyser som presenteras här beskrivs hur de 19 skilde sig från de 25 klienter som inte följdes upp vad gäller data från DOK-In intervjun (bortfallsanalys). De som inte följts upp förefaller i något högre grad ha omhändertagits omedelbart (§ 13 LVM). Jämfört med dem som följts upp finns i gruppen *ej uppföljda* en *lägre* andel män, svenska medborgare, personer som försörjt sig genom lön/AMS eller A-kassa, personer som är arbetslösa, personer som anger heroin som primärdrog, och som rapporterar tidigare vård för alkoholproblem. I gruppen finns jämfört med dem som följts upp en *högre* andel äldre, personer med egen bostad (6 månader), ensamlevande, personer med barn under 18 år, som försörjt sig med sjukpenning/sjukbidrag, med pension som sysselsättning, som uppger amfetamin som primärdrog, som injicerat någon gång, som rapporterar psykiska problem. Bland dem som inte följts upp har även en högre andel tidigare vårdats enligt LVM, haft kontakt med arbetsförmedlingen och psykiatrisk mottagning, försäkringskassan, socialtjänstens ekonomiska bistånd, kronofogdemyndigheten, sjukvården och öppenvårdsmottagning för alkohol- eller narkotikaproblem.

I analysen studerades i vilken mån klienterna själva sa att deras situation inom olika områden försämrats, var oförändrad eller hade förbättrats. Vidare studerades för gruppen om den rapporterade oron under de senaste 30 dagarna inom olika livsområden gått upp eller ner. En del mått på klientens boende, levnadsform, sysselsättning och användning av primärdrog jämfördes också.

Vad gäller klienternas rapporterade oro för olika problem så hade medelvärdet för de 19 gått ner inom områdena försörjning, narkotika, fysisk hälsa, sysselsättning, levnadsform, alkohol, läkemedel, relationer och kriminalitet. Oron hade ökat inom området psykisk hälsa och var oförändrad för boendeform. Av de 19 som följdes upp rapporterade också färre personer att de under de senaste 30 dagarna bott i egen bostad jämfört med vid inskrivning och fler bodde nu i försöks- eller träningslägenhet. Färre var vid uppföljningen ensamlevande och fler uppgav annan levnadsform vilket kan förklaras av olika former av kollektivt boende. Likaså uppgav fler vid uppföljningen att de ofta under den senaste 30-dagarsperioden upplevt problem med den psykiska hälsan.

De uppföljda klienterna rapporterade att deras intag av primärdrogen hade gått ner. Elva sa att de inte alls använt sin primärdrog, tre att de använt den upp till 2–3 dagar per vecka och fyra personer uppgav att de använde den fler än fyra dagar per vecka. Nio personer rapporterade att de inte haft något återfall, 5 hade återfallit inom en vecka från utskrivning och fyra personer vid ett senare skede. Åtta av dem som återfallit sa att tiden för det längsta återfallet var kortare än fyra veckor. Sex personer sa att det varat i mer än fem veckor.

De flesta av de 19 upplevde att situationen förbättrats vad gäller drogområdet (alkohol, narkotika och läkemedel) och relationer. De flesta uppgav att situationen var oförändrad inom försörjning, fysisk hälsa, sysselsättning, levnadsform, psykisk hälsa, boende och kriminalitet. Inom samtliga livsområden, förutom levnadsform, fanns mellan en och fem personer som upplevde att situationen försämrats, framför allt vad gäller psykisk och fysisk hälsa, försörjning och droganvändning.

Förändrade livssituationer – till det bättre och det sämre

För de 19 klienterna som följts upp med DOK-Upp (ovan) hade situationen förbättras inom flera områden för en del klienter, medan den var oförändrad för en del och hade försämrats för andra. Det går således inte att säga att det gått bra för alla eller att det gått dåligt för alla. De flesta klienterna upplever att något blivit bättre men att något annat blivit sämre. Det är särskilt vanligt att klienter som är alkohol- och drogfria drar upp sysselsättning som ett stort problem när Vårdkedjeprojektet närmar sig sitt slut.

JS: Jag skulle vilja höra... Ja att du summerar. Tänker på det här året som har gått.

IP: Det har inte hänt någonting tycker jag [...]

JS: På det stora hela, vad har blivit bättre under det här året?

IP: Ekonomin, men inte så mycket mer. Men ekonomin är inte så jäkla bra heller tycker jag. Jag har inga pengar i slutet på månaden. Inte ett dugg alltså. [...]

JS: Är det nåt annat som har blivit bättre?

IP: För mig menar du? Så som jag upplever det? [funderar] Nja, det är svårt att veta. Det är mest ekonomin det gäller nog. Sen vet inte jag, jag vet inte vad som liksom lider i framtiden heller. [...] Det är svårt att säga. För att min hälsa har nog inte blivit mycket bättre.

JS: Är det någonting du tycker har blivit sämre under det här året?

IP: Min levnadsstandard eftersom jag måste bo här. Eller måste och måste, men jag har ingen annanstans att ta vägen. Och här har jag ingen större lust att bo alltså. Det är lite jobbigt med folk här omkring, alltså de som bor här i huset. Jag tycker det är litet obehagligt ibland. Men, men [...] Alltså, här. Jag har så jävla tråkigt. Jag har ingenting att göra. Alltså åh, det är så JÄVLA tråkigt. Huh! Det är tråkigt hela tiden. Jag behöver sysselsättning! Någon form av sysselsättning. Jag måste ju vara stimulerad hela tiden annars blir jag tokig. I och med att jag har damp, jag behöver saker att göra [...]. Jag har inte gjort någonting sen jag kom hem [från LVM-institution]. Jag har varit totalt ledig och det är jag inte van vid det alltså. [...] Ja. Annars så har det ju varit så att jag liksom har tagit droger och det tar ju upp ganska mycket av ens tid. Liksom det är hobby och ja, sysselsättning på en gång, och ett jobb, det är som ett helt jobb, skaffa pengar och så vidare. Slitsamt. Och nu har jag ingenting att göra [skrattar lite]. Jag är van att ha fullt upp (-35, efter VKP).

Något som blev tydligt för mig under fältarbetet är att klienters situation kan förändras mycket och flera gånger under undersökningstiden. Skiftningen mellan upp- och nedgångar kan gå snabbt. Ett exempel är en klient som efter en behandling uttryckte att "han" började se att det "fanns en lösning [...] fick en vilja", för att därefter återfalla och kalla sig för "misslyckad" alkoholist/narkoman, följt av en "kapitulation" och uppnåendet av ett slags "mognad" och "lugn". Därefter följde ett nytt återfall (35+, *eftervård, efter VKP*). Det innebär att en klient kan må bra en period för att efter 12 månader ha hot om nytt LVM över sig.

Vad är det då, enligt klienterna, som hjälper dem förbättra sin livssituation och vad bidrar till försämringar? En del klienter, ofta yngre, har många gånger haft svårt att specificera hur deras situation förändrats. Jag frågade en klient i slutet av Vårdkedjeprojektet vad som var annorlunda nu och fick svaret

”allting är bättre – ingenting är sämre” utan att ”han” kunde specificera vad som bidragit till detta. ”Han” berättade vidare hur ”han”, under VKP-tiden, lämnats efter en LVM-vistelse utan något annat än de kläder ”han” hade på sig. Jag frågade varför det blev så och enda motiveringen, tillsammans med en axelryckning, var ”jag skulle inte ha misskött mig” (*Fältanteckningar 2006, -35, eftervård*). I flera fall lägger klienter skulden på sig själva, och sin alkohol- eller droganvändning, för att deras situation inte förbättrats avsevärt under deras tid i Vårdkedjeprojektet.

JS: Är det nåt du tycker är dåligt med Vårdkedjeprojektet?

IP: [...] Jag kan ju inte uttala mig egentligen, för att jag har ju inte... Jag har ju använt [drog]. [Samordnare] har ju agerat... [...] kört mig till [LVM-hem] på avgiftning... Man kan ju inte begära mer alltså. Jag menar, det går ju inte att snacka med en som är aktiv. Det går ju inte, meningslöst. [...] [Samordnare] har ju skött sig. Det är jag som inte... Alltså det är ju ett ömsesidigt kontrakt man skriver på. Men jag har inte skött min bit. [...] Vad fan ska ”hon” göra? [...] Vi har snackat igenom vissa såna här sociala bitar va, som inkomst [...] Det har väl inte funkat, men det är ju inte ”hennes” fel utan det är ju mitt fel som sagt, att det inte har funkat, i och med att jag har använt (*35+, eftervården*).

I de fall klienten förlägger orsakerna utanför sig själv formuleras de ofta som att klienten känner sig sviken av myndigheter. Om klienter uttrycker att deras situation förbättrats så framförs en rad olika argument och förklaringar. En förklaringsgrupp handlar om att klienter upplever att den medicinering de fått har hjälpt dem. Det handlar främst om mediciner mot psykiska problem samt mediciner såsom Concerta och Ritalin mot t ex ADHD. En annan aspekt som förs fram är att klienten träffat en ny partner eller nya vänner som bidrar till att klienten mår bättre samt ger ett motiv till att fortsätta hålla sig nykter eller drogfri. En annan bidragande faktor kan vara att klienten återupptar en hobby som ”han” inte ägnat sig åt på länge.

IP: Nu har jag bytt ut... Jag har sökt jobb, jag har hittat en kille/tjej som jag tycker jättemycket om [...] Skulle jag få ett LVM nu då skulle det vara så mycket värre än sist. Förra gången, jag hade ingenting. Jag hade bråkat med [närstående]. Nu har jag en bra relation med [närstående]. [...] Jag hade inga planer för framtiden, så att det var liksom... Jag har saker att förlora nu.

JS: Vad är det som har lett fram till det då? [...] Vad har hjälpt dig på vägen till det skulle du säga?

IP: Alltså det är att jag har varit nykter helt enkelt. Och sen är det [en behandling] (*-35, eftervården*).

Klienter anser således att en längre tids nykterhet eller drogfrihet bidrar till att de tänker klarare och känner sig starkare.

Jag är ju stabilare nu. Jag är ju drogfri, till och börja med. Och har varit det, med vissa undantag då. Och då blir man ju starkare. [...] Jag är friskare än tidigare helt enkelt. Och... Nej, men det har nog förändrats på många plan, jag kan inte sätta fingret på det heller riktigt. Faktiskt. Det, att jag är drogfri då. Det är en stor förändring (35+, efter VKP).

I de fall klienter inte alls kopplar sin drogfrihet till vårdssystemet eller Vårdkedjeprojektet anförs ofta att klienten upplever att "han" inte längre orkar dricka eller använda droger. Nackdelarna överväger fördelarna.

IP: Jag använder inte droger. Jag vill inte ha droger. [...]

JS: Tror du att Vårdkedjan och [samordnare] och soc spelar någon roll i det?

IP: Nej. Det är mitt beslut. Mitt beroende. Jag som måste ta ansvar för det också. [...] Ja, det är ju mitt eget val. Att inte använda droger. För att det hade bara blivit värre, för hade jag fortfarande velat använda droger och sen inte kunnat och så vidare, då hade det blivit skit av det alltihopa. Men nu är det jag som har gjort beslutet att ta ståndpunkt i det, så nu underlättar det situationen tycker jag. Faktiskt (-35, efter VKP).

Det har redan framkommit att klienter uttryckt tacksamhet över att ha en samordnare som varit tillgänglig och gett stöd. Klienter kan också hänvisa till den vård de har fått och menar att detta bidragit till förbättringen. Det är dock tämligen ovanligt att klienter tillskriver vården en sådan betydelse.

Ibland säger klienter att LVM:et och inlåsnigen bidragit till förbättring genom att detta gett dem en längre tids nykterhet eller drogfrihet som bidragit till att de mår bättre. Det påpekas dock att det är viktigt att tiden fylls ut med någonting meningsfullt.

IP: På två sätt är det nog bra att det blev ett LVM alltså. För det är ju i alla fall sex månader, och så pass dum är jag inte så jag drar igång under LVM:et alltså. [...] Även om man bara står ut så att säga, så hinner man ju i alla fall vara nykter i sex månader, och man hinner ju faktiskt erkänna fördelarna.

JS: Vilka är fördelarna då?

IP: Ja, rent fysiskt, psykiskt... [...] Det är ju inget mänskligt liv man lever egentligen mot slutet. [...] Det är helt kört alltså. Så det går ju inte att jämföra. Och sen är det ju att man är med i livet, det är man ju inte annars. Det är egentligen bara fördelar allting. [...] Tiden det är ju det viktiga, men alltså, det beror ju också på vad man gör med tiden. Jag kan ju sitta här

och kolla på skit-TV alltså. Då händer det... Det går lite snabbare då, va. Det är bättre att få någonting att tänka på. Vi fick ju hemuppgifter och sånt där, va. Så att, nu har jag till och med börjat att [ägna sig åt en hobby]. [*En senare intervju:*]

JS: Känner du fortfarande sug då, för det nämnde du förra gången att det ändå finns?

IP: Ja, jo. Men det blir ju, det blir ju bättre ju längre tiden går för att det blir mindre och mindre. Det är inte så intensivt heller. Nä, sug kan jag inte säga att jag har haft senaste veckan i alla fall. Men jag har ju haft så mycket annat omkring mig (35+, *LVM-tiden*).

JS: Vad tror du har hjälpt till så att du har varit drogfri?

IP: Ja det, först var det att jag var inlåst. Och sedan nu då att man omges av snälla och ambitiösa människor (35+, *efter VKP*).

Klienter kan även efter att de tvingats gå i en behandling erkänna att behandlingen bidrog till en förändring – satte igång en process.

IP: För att vara riktigt ärlig så tog ju jag det här bara för att få en §27:a och jag vet ju det att för att få en §27:a så måste det vara någon vård som [*LVM-hem*] och dom tror på. Och [*behandlingen*] har ju gott rykte. Så jag sa att jag ville gå det här så visste jag att jag får en §27:a. Så det var ju bara anledningen för att få komma hem. Men sen när jag väl började, eller vad jag ska säga, eller man känner igen allting. Så blev det ju att det sätts igång en process, alltså. Det gör ju det.

JS: Vad ingår i den processen då?

IP: [...] Det är ju kognitivt alltså... Det är ju, ja, jag kan ju inte värja mig längre alltså, jag vet ju att jag... Vad som var bra för mig var ju att jag började se att det fanns, en lösning visste jag ju, men jag... Viljan. Jag fick en vilja att göra nåt. [...] Alltså jag hade ju gett upp. Jag skiter i det här alltså. Jag kör till jag dör. Det är ju skit samma. Men sen, det är ju liksom jobbigt sätt att ta livet av sig [*skrattar till*]. Det är ju så jävla jobbigt att bo ute. [...] Hela det där köret. Det är ju inte särskilt angenämt sätt ta livet av sig (35+, *LVM-tiden*).

Ibland använder klienter begrepp och termer som de hämtat från behandlingar om vad som hjälper dem att vara nyktra/drogrfria. Det kan handla om att "leva i nuet", "ta en dag i taget", "acceptera alkoholismen" eller tänka på konsekvenser:

IP: Ja, alltså det som har hållit mig nykter ändå så länge, det var ju konsekvenstänkandet liksom. [...] Det är just att jag tänker på de här avtändningarna. För hade jag inte haft dem så inte en chans att jag hade ens haft

en tanke på att sluta dricka då. [...] Jag är totalt maktlös. Och jag tror att efter den här gången så har jag verkligen insett det. [...] Jag hade inte insett, att jag inte har tagit första steget och insett att jag är maktlös ens. Eftersom att jag tror att jag kan lura alkoholismen. Men nu så liksom har jag på nåt sätt har jag fattat. Känns det som.

JS: Det där konsekvenstänkandet, är det nåt du har haft förut, eller är det någonting som kommit senare?

IP: [funderar] Nja men alltså det kom, det har väl kommit efter LVM:et, eller under LVM:et (-35, *eftervården*).

De kan kalla det där för återfallsprevention, men för min del så handlar det nog mer om att försöka sakta ner på tempot i mitt liv, helt enkelt. Och det har jag ju gjort. [...] Däremot så pratar man kanske mycket med sina medpatienter, eller vad man ska säga då. Vi pratar ju ganska mycket om det förflutna och om framtiden. Det gör ju de flesta, det är ju ingen av oss som kan leva i nuet, liksom. Det, det är man alldeles för skadad för. Det tror jag aldrig att jag kommer att kunna göra (35+, *efter VKP*).

Ytterst få klienter jag har pratat med har spontant tagit upp Vårdkedjeprojektet, som projekt, som en förklaring till varför det har gått bra för dem, men när jag frågat dem om vilken verkan de tror Vårdkedjeprojektet har haft har de ibland kunnat säga att det bidrog till förbättringen. Det är då det stöd som samordnaren bidragit med som anses ha hjälpt och att projektet kan ha givit en viss kontinuitet eller att det, och övriga vårdgivare, guidat klienten, t ex genom att bromsa upp förloppet eller samla parter till möten.

JS: Var skulle du säga att [samordnare] kommer in i det hela då? Och Vårdkedjan? Tror du att det är någon skillnad att det är Vårdkedjan, eller hade det gått likadant i alla fall?

IP: Nej det hade inte gått likadant. "Hon" dök ju upp på ett tidigt stadium. [...] Blev kontinuitet i det hela, och att det kom någon utifrån, det kändes ju bra under den perioden eftersom jag var så extremt isolerad och instängd. Och hade absolut ingen att prata med [...] inte vare sig klienter eller personal. Och sen det här att det är så stor uppslutning nu då, när det börjar närma sig att, ja inte riktigt ska jag skrivas ut, men att vi börjar prata om det här med utslussning och sånt där. [...] Det handlar om det då. Att jag tror att Vårdkedjan faktiskt har spelat roll. När det gäller att samla ihop folk. På gott och ont, men framför allt på gott.

JS: Vad är det onda i det då tycker du?

IP: Ja, de onda är ju att jag måste... Att jag får mera koll på mig. Och det är ju inte på ont just nu då. Utan det är ju gott men, sen när jag kommer ut och vill...göra nåt (35+, *eftervården*).

Under fältarbetet noterade jag att klienterna mycket sällan uttryckte att en viss behandlingsmetod var bra. De refererade främst till en viss person som de upplevde som bra – en person som lyssnade till dem och förstod dem. Det kan jämföras med att klienter som är nöjda med Vårdkedjeprojektet menar att samordnaren varit bra. Av klienters berättelser framkommer att det i första hand är personliga egenskaper som är av vikt. En metod i sig kan vara bra men bara om det finns en kunnig behandlare.

JS: Vilka delar eller personer eller saker skulle du säga har hjälpt till? För att det ska bli så? Vad har liksom varit bra och verksamt på nåt sätt? [...]

IP: Jag kan inte säga än så länge om det är någon adekvat förändring eller åtgärd eller person, men X [terapeut/psykolog] är ju väldigt bra alltså. Men vi har haft så FÅ tillfällen. [...]

JS: Det enda du nämnde där är ju egentligen, om man ska säga vad som är behandling, det är ju [terapeut/psykolog] då kanske.

IP: Ja. Ja det kan jag säga.

JS: Vad är det som gör att man fastnar för vissa personer och att dom hjälper? [...]

IP: Ja det är väl kanske en blandning av vissa, av olika liksom ingredienser, och det är ju dels, ja personkemi tror jag ju att det är viktigt, men det behöver inte nödvändigtvis vara så om det är en väldigt... professionalitet tittar man väl på, tittar jag på. Eller känner jag. Att de är känsliga. Att det är en känslig person som kan ta in och åtminstone försöka förstå lite vad man säger va, när man pratar om sig själv och i såna utsatta situationer. Så att just den känslomässiga och professionella hållningen tycker jag. Det är viktigast. För det kan vara en människa som är jättesnäll, och hjälper en och allt det här med vissa saker. Kanske torka av ett bord, men den personen skulle aldrig kunna bidra till att jag får hjälp att läka mig själv känslomässigt. Man får, har ju olika personer på olika [institutioner]. Det kan ju vara väldigt jobbigt när det kommer personer som gör anspråk på att vara någon form av [behandlare]. [...] "Hon" sa att jag har blivit SÅ mycket bättre sen jag kom hit, jag har förändrat sig SÅ mycket. Och det var liksom inte sant! Överhuvudtaget! Det var tvärtom.

[i en senare intervju:].

JS: Om du tänker på en behandlingsmetod, låt säga kognitiv terapi, och tänker på den metoden, tycker du att det är en bra metod?

IP: [tyst 5 sek] Ja det kan nog vara en bra metod, men då ska det vara en EXTREMT kunnig terapeut liksom som bedriver det, den metoden.

JS: Tycker du att terapeuten eller metoden är viktigare då för att det ska bli bra i slutänden?

IP: Det går inte att säga vilket som är viktigast. Det är fifty-fifty.

JS: Och då samordnare, hur mycket spelar roll vad en samordnare har för uppgifter och hur mycket spelar roll vad det är för person som är samordnare tror du, för vad man uppnår?

IP: [tyst 5 sek] Ja där tror jag kanske möjligtvis att samordnaren, personen, har lite större betydelse. Det är nog fyrtio-sextio där då då, eller nåt sånt där.

JS: Vilka egenskaper är det som gör att det blir en bra samordnare?

IP: Ja men att de är beredda att informera andra och inviga andra, och har ett trevligt sätt.

JS: Och socialsekreterare? Hur ser det ut då med person och roll? Hur viktigt är det vilken person det är?

IP: Det är väl ungefär som en samordnare det egentligen. [jämför olika socialsekreterare] Kanske att metoden eller själva uppgiften ändå är lite mer betydelsefull än personen. Fast jag tycker ju att det är väldigt bra att ha en bra, motiverad socialsekreterare (35+, *eftervården*).

En rädsla att bli övergiven

En del klienter bryr sig inte särskilt mycket om att Vårdkedjeprojektet tar slut. Det "kändes ingenting" (-35, *efter VKP*) när projektet slutade. I flera andra fall funderar klienten mer över att kontakten med samordnaren ska försvinna och det händer att klienter försöker hitta andra vägar att fortsätta ha kontakt, kanske genom att behålla samordnaren som ett slags kontaktperson istället. Detta verkar komma av en slags rädsla för att bli övergiven när Vårdkedjeprojektet tar slut och en känsla av att det ju är nu som samordnaren hade behövts.

Ja, egentligen så var det, sjönk det väl in, ganska snabbt ändå [vad VKP var]. För att [samordnare] var en person som visade, dök ju upp då och då. [berättar vad samordnaren gjort] Fast samtidigt så fattade jag inte riktigt, NU då vad. Ja, nu har ju vårdkedjan gått ut för min del men vårdkedjan initierade ju till fortsatt vård och det har jag ju inte sett än. Det är mycket som står på spel nu (35+, *efter VKP*).

De flesta klienter återkommer vid flera tillfällen till att de vill bli av med socialtjänsten, de vill leva ett "normalt" liv och klara sig själva. Rädslan att bli övergiven verkar hänga samman med en ständig ambivalens mellan att vilja klara sig på egen hand och en känsla av att behöva hjälp. En klient uttryckte detta på ett särskilt tydligt sätt:

IP: Jag håller på bli... institutionaliserad. De enda vettiga människor som jag umgås med det är sjuksköterskor, läkare, socialassistenter, [samordnare]. Sen är det bara luffare. [...] Utan soc så vete fan om jag hade levt överhuvudtaget. "Hon" är oerhört skicklig och smart och jag är ett lallande fyllo så att det är ju inte svårt att räkna ut vem det är som har rätt då. Så att [soc] har ju gjort precis rätt saker vid rätt tillfällen. [...] Från att ha varit helt jävla osynlig, alltså jag visste inte någonting om någon på soc egentligen, så är jag den största arbetsgivaren i [kommun] nu.

JS: Tycker du det är positivt? Känns det bra att det har förändrats så?

X: Ja för mig är det ju det. För som sagt, jag kan ju inte...[suckar] Jag umgås ju bara med luffare.[...] Det är som Kallifatides skrev, alltså jag vet inte vad som är värst alltså, att bli helt osedd eller att bli helt uttittad. När jag satt på [tidigare LVM-hem] då var det ingen jävel som visste vem jag var. Nu vet hela jävla [kommun] vem jag är. [...] Det är ju också det där jävla hoppandet. Den ena säger så, den andra säger så och man vet ingenting (35+, efter VKP).

"Det gäller ju att förändra hela livet alltså"

I flertalet fall är det först efter ganska lång tid klienter har börjat tänka mer. Klienterna börjar då fundera över vad de vill göra, skaffa en utbildning, skaffa ett "normalt" liv. Det är också då de blivit nedstämda när de upplevt detta som mycket svåra uppgifter. Flera gånger har socialtjänst och annan personal bromsat klienten i dennes vilja att skaffa ett arbete m m. De anser att klienten inte är redo. En klient uttryckte önskan att få leva ett vanligt liv vid sitt första ÖK-möte. Klienten ville inte slussas ut via olika institutioner eftersom "han" ville "känna mig som en vanlig människa" (-35, LVM-tiden). Socialtjänsten menade att det är viktigt att "det inte blir för hårda kontraster" (samma intervju). Vid ett senare möte nekade klienten kontakt med självhjälpsgrupper, återigen med motiveringen att "han" var "så trött på att känna mig som en missbrukare" (-35, eftervården). En annan klient uttrycker tydligt längtan efter det normala livet:

IP: Man har ju bott på de där jävla krogarna. Man vet inte riktigt vad man ska göra annars. Man har hållit på med det här så länge och sedan har man bara sådana vänner. Ska man sluta helt alltså då, som jag måste då, då blir det ju... Då vet jag inte hur fan man ska bära sig åt. Jag vet inte hur man lever ett normalt liv. [...] Det är ju så lätt att liksom falla tillbaka. Man måste ju hela tiden vara på tårna. Det är ju inte så konstigt egentligen för... min stora kärlek, det har ju varit alkohol. [...] Det är faktiskt det största intresset i mitt liv. Och den vanan sitter ju rätt ingrott. [...] Sen finns det ju saker som jag vill göra, som jag aldrig har kunnat göra. [...] Jag har ju hela livet flytt från det där svenssonlivet, och nu är högsta önskan just att få

ett svenssonliv. [...] Det är nog dags att ta ansvar här [...] det har jag aldrig gjort [...] det är ju skrämmande. [...] Ingen mer behandling [...] känns skönt att i alla fall ha en kontakt med [behandlare]. För helt plötsligt är jag ju [...] skraj för att bli isolerad.

[i en senare intervju:]

IP: Det skrämmer skiten ur mig att va´ nykter, leva nykter. Hur ska jag fixa? Ute på hal is. Det är DET de aldrig snackar om på behandlingshemmen. Life story – man ska berätta sitt jävla liv. Jag vill inte höra det från den ena människan efter den andra – eländes elände. Jag skulle hellre höra [behandlares] historia – hur fan man lever nykter. Lär mig något. Jag har ALDRIG levt nykter (35+, eftervården).

I en case-manager (personlig assistent) studie från Storbritannien visade Watts och Priebe (2002) att klienterna hade svårt att skapa nära band till sina case-managers och andra involverade aktörer. Detta förklarades med att de många gånger förut blivit lämnade och hade erfarenheter av en rad korta vårdkontakter. Klienterna betraktade inte (helt realistiskt) vårdgivarna som en resurs som för alltid skulle stå vid deras sida. Även detta var en form av beroende och de var också medvetna om att den information som case-managers fick skulle föras vidare till andra – de var inga riktiga vänner. De professionella bidrog dock till att klienterna inte kände sig alltför isolerade. Det var också uppenbart att klienterna och de professionella hade olika syften med projektet: klienten ville få ett ordnat liv utan kontakt med psykiatri och de professionella ville undvika dyra sjukhusintagningar genom att kunna hantera klienterna på hemmaplan, vilket gjorde att de tog till tvång och påtryckningar.

Detta överensstämmer väl med den bild som VKP-klienter ger. Klienterna lämnas själva med det svåraste – att skapa ett alternativt liv och umgänge. Ett exempel är en klient som inte vill gå på AA-möten. För "honom" innebär AA möten "återupptag av kontakt med [...] före detta missbrukare" (35+, LVM-tiden). Socialtjänsten och övrig personal ansåg dock detta som ett gott alternativ och en väg till nya, sundare, bekantskaper. Vårdgivarnas alternativa liv var alltså kontakt med före detta missbrukare, vilket många klienter inte ser som ett särskilt bra alternativ. Klienten får själv hitta "ett normalt liv". Vidare anser många klienter att de professionella är professionella. De kan inte erbjuda ett alternativt liv:

JS: Är det bättre att ha en professionell relation eller mer kompisliknande?

IP: Professionell tycker jag.

JS: Ja? Och varför då?

IP: Därför att, för att de är inte kompisar. De kan aldrig bli kompisar och det finns inga ambitioner att de ska vara kompisar heller. Då är det bättre

att de funkar professionellt. Sen kan man ju ha en kompisliknande jargong och så där, men jag har ju inga illusioner att jag kommer att bli, kommer bra överens, men vi kommer ju aldrig att bli kompisar. Och det önskar jag inte heller.

JS: Vad är det som skiljer den här kompisliknande relationen mot riktigt kompisskap?

IP: Ja, att de inbjuder ju inte mig i sina privatliv, om man säger så. [...] Det är ju en professionell relation så det är ju det som skiljer ifrån kompisar (35+, *eftervården*).

Vårdkedjeprojektet är inte den slutgiltiga lösningen på missbruksproblemen. Projektet tar slut, som all annan vård.

JS: Är det någonting annat du skulle vilja ha nu och framöver? Så som det ser ut i ditt liv?

IP: [tyst 7 sek] Ja just den här perioden som vi är inne i nu vill jag bara ha droger. Det är det enda jag är ute efter. [skrattar] [...] Men vad jag vill ha? Nej, jag skulle vilja ha sällskap, nya kompisar, lite omgivning.

JS: Tror du någon kan hjälpa dig med det?

IP: Ja, det måste jag göra själv då. Ja.

JS: Är det någon hjälp du skulle tro Vårdkedjan skulle kunna hjälpa till där?

IP: [tyst 8 sek] Nej, jag tror inte det

[i en senare intervju:]

IP: Sedan är det ju till syvende och sist jag som sitter här ensam och tittar på väggarna, jag kan ju inte forsla hit folk. Och jag vill inte bli beroende heller av människor som försvinner sedan. För det är ju så, rent konkret, att de får nya jobb eller något sånt (35+, *eftervård, efter VKP*).

7 Sammanfattande diskussion

Klientperspektivet uppmärksammas allt oftare både i missbrukarvården och i behandlingsforskningen. Mycket tyder dock på att talet om att ge plats för brukares och klienters röster är mera retorik än praktik.

Vårdkedjeprojektet skall vara till för klienterna. Syftet är att klienters liv ska förbättras genom bättre vård och bättre fungerande samarbete mellan de vårdgivare som omgärdar klienten. Därför skulle utvärderingen också anta ett klientperspektiv. I klientstudien är klienternas upplevelser och berättelser i fokus. Studien är huvudsakligen kvalitativ och datamaterialet består av 125 intervjuer med ungefär hälften av VKP-deltagarna. Tjugoåtta av intervjuerna är från möten då klienten träffat socialtjänst, samordnare och LVM-institution

i syfte att sätta upp behandlingsmål och planera vården. Jag har dels sökt en bredd i klienturvalet och dels följt ett antal klienter under deras tid i Vårdkedjeprojektet.

Utvärderingens klientstudie visar på en mångfacetterad upplevelse av Vårdkedjeprojektet bland klienterna. Många klienter uttrycker positiva omdömen om VKP-idén när de inledningsvis tackar ja till att delta i projektet. 74 av 98 möjliga klienter tackade ja till att delta i projektet under den tid som studerades i utvärderingen (1 juli 2004–31 december 2005). Deltagargruppen är heterogen men de som valt att delta är i första hand yngre och personer med en besvärlig social situation. De lockas av löftet om ett helhetsperspektiv där fokus läggs vid t ex boende, ekonomi och sysselsättning. Klienter berättar om tidigare erfarenheter då de känt sig utlämnade, bortglömda och lämnats med en resväska på en centralstation efter tidigare LVM-vistelser. De tror och hoppas att samordnaren kan hjälpa dem att "trycka på" socialtjänsten så att de inte ska stå ensamma efter LVM-tiden.

På motsvarande sätt verkar de som inte vill delta i Vårdkedjeprojektet inte i samma utsträckning känna att de behöver hjälp att förändra sin sociala situation. Bland "nej"-sägarna finns också de som inte är motiverade till att förändra sitt alkohol- eller drogbruk – inte under tvång – och äldre klienter som gett upp hoppet om att vården kan ge dem den hjälp de vill ha. De tror inte att ett projekt som Vårdkedjeprojektet gör någon skillnad – samordnaren blir ytterligare en kontrollant och vårdalternativen i hemkommunen är ändå desamma. Det tyder på att Vårdkedjeprojektet inte riktigt lyckats attrahera den grupp som kanske är i störst behov av samordnad vård och sociala insatser – ur ett helhetsperspektiv.

För klienterna likställs Vårdkedjeprojektet med samordnaren. Klienterna är ofta positivt inställda till samordnaren. De säger att samordnaren lyssnar till deras önskemål och kontakten med socialtjänsten förbättras när samordnaren är med. Samordnaren hjälper klienter med en rad olika uppgifter: allt från att vattna blommor och hämta post, ta hand om husdjur, ge skjuts till behandlingsinstanser, till att ge råd, hjälpa till vid myndighetskontakter (inkl socialtjänstkontakter), vara ett stöd och ibland en vän.

Klienterna kan ha stora förväntningar på Vårdkedjeprojektet, ofta till följd av samordnarens berättelse om VKP-idén och den roll samordnaren är tänkt att ta. Det är inte konstigt att en del klienter blir besvikna. Besvikelser följer när Vårdkedjeprojektet och samordnaren inte förmår hålla ett helhetsperspektiv – då klient betonar boende, sysselsättning etc. och personalen missbruket. En förklaring till varför det blir så kan vara att ekonomiska frågor sköts av socialtjänstens biståndsenhet eller försörjningsstöd. En slutsats från klientstudien är att dessa enheter inte varit särskilt involverade i Vårdkedjeprojektet, som fokuserar mer på missbruk. Missbruket är ju också orsaken till att klienten vårdas enligt LVM och det är den fråga som vuxensektionerna – som är engagerade i Vårdkedjeprojektet – är ålagda att åtgärda.

Boendefrågan är en problematisk fråga. I kommuner med bostadsbrist är det riskabelt att utlova hjälp med boende och fråga vad klienten vill, när det inte finns några lägenheter. De flesta klienter tycker inte att de stödboendeformer som finns är fullgoda alternativ. En annan besvikelse följer när samordnaren inte förmår nå upp till de förväntningar och löften som givits. Klienterna verkar vara särskilt känsliga för när samordnaren inte gör vad "hon" lovat och när klienten upplever att "hon" lyssnar mer på personalen än på klienten. Personkemin är också viktig. Kanske skulle en lösning vara att klienter ges möjlighet att byta samordnare när relationen inte fungerar bra?

I de fall förhoppningar går i kras har klienter vänt från att tro på VKP-idén och samordnaren till att misstro projektet och vården. I andra fall har samordnaren, och Vårdkedjeprojektet, lyckats möta och följa klientens önsknings och klienten kan ha vänt från att inte riktigt förstå vad projektet är för något till att uppskatta det stöd samordnaren kan ge. Materialet visar på upp- och nedgångar både i form av hur klienterna mår och vad de tycker om Vårdkedjeprojektet. Detta var svårt att utveckla i rapporten eftersom en detaljerad studie skulle medföra en risk att enskilda klienter skulle kunna identifieras.

Problemet med förväntningar som inte infrias väcker frågan om hur mycket man ska lova en klient? Det är en svår balansgång, mellan att motivera klienter till att delta i ett projekt, som syftar till att hjälpa klienten, och att lova för mycket.

I klientstudien analyseras den i tvångsvård problematiska frågan om frivillighet och klientens delaktighet i vården och planeringen. Klienterna attraheras av att Vårdkedjeprojektet presenteras som frivilligt, vilket medför att de vågar gå med i projektet. Det visade sig dock att det inte alltid är så lätt att gå ur ett projekt där samordnarens uppgift är att arbeta uthålligt. Samordnaren ska inte backa genast utan invänta klientens motivation, vilket klienter som vill gå ur projektet kan uppleva som negativt. Å andra sidan är klienter som återfaller men inte faller ner till noll utan får fortsätta där planen brast tack-samma över denna uthållighet. Återigen handlar det om en balansgång som kräver mycket av samordnaren.

Den dominerande svenska diskursen inom missbrukarvårdens område är och innebär att klienten är ett subjekt som oftast är i en underordnad position gentemot vårdpersonal. Personalen utgör den starka parten med rätt att definiera situationen och nödvändiga åtgärder. Klienten ska i behandlingen läras om till att bättre ta hand om sitt liv. Men graden av underordning varierar och det finns i klientstudien exempel på att klienten ges en stark position och är mycket delaktig i vården och planeringen. Klienten uttrycker glädje över att personalen lyssnar till vad "han" vill – det känns inte som tvång.

I klientstudien ges exempel på hur klienters position och grad av delaktighet kan öka och anta formen av ett jämlikt samtal, och åter minska när socialtjänsten börjar ställa krav. Generellt har klienten en starkare position under eftervården, då LVM:et inte längre är i kraft, men socialtjänstens maktmedel,

i form av hot om nytt LVM och indraget försörjningsstöd, finns fortfarande nära till hands då klienten inte vill följa de linjer som personalen önskar.

Klientens upplevelse av Vårdkedjeprojektet befinner sig i ett gränsland mellan två diskurser: den om den missbrukande klienten som underordnat subjekt som bör förändras och klienten som aktiv och delaktig (jfr Watts & Priebe 2002). Denna konflikt blir särskilt stark eftersom Vårdkedjeprojektet genomförs inom tvångsvårdens ramar som på många sätt objektiverar klienter och fråntar dem deras identitet – samtidigt som klienten tillfrågas vad "han" vill och önskar uppnå. Klienter berättar om hur förnedrande tvånget, i form av inhägnader och särskilda kläder, kan vara. Klienten måste underkasta sig kontrollfunktioner, gå behandlingar, vara sysselsatt och får välja mellan de behandlingsenheter som står till buds i hemkommunen eller i socialtjänstens ramavtal. Det kan te sig absurt att få välja mellan ett 12-steps program och ett annat för att få åka hem på en §27-placering.

I studien framkommer att klienterna, i de fall de känner sig delaktiga, oftast delar socialtjänstens och SiS-personalens uppfattning om att missbruket utgör ett problem. Om klienten önskar fortsätta i behandling är det möjligt att enas om detta och skjuta upp andra eventuella skiljelinjer, t ex frågan om var klienten ska bo när denne kommer hem. I de fall klienten inte delar personalens uppfattning är det oftast personalens linje som blir den bestämmande. Klienterna väljer ibland att underkasta sig denna linje, eftersom det medför minst konflikter, eller öka sitt handlingsutrymme genom att rymma eller på annat sätt motsätta sig kraven.

Det går inte att entydigt säga att Vårdkedjeprojektet har ökat klientens delaktighet i vården och planeringen. Många klienter känner att deras åsikter får gehör – samordnaren lyssnar på mig och arbetar för mig. En alternativ tolkning är dock att Vårdkedjeprojektet och det faktum att fler vårdgivare ska dela samma (omfattande) information om klienten i behandlingsplaneringen, tillsammans pratar ihop sig om vilken strategi de ska hålla gentemot klienten och det faktum att uppemot tio vårdgivare kan delta i ett möte kring en klient, också kan medföra att klienten objektiveras ytterligare och personalens position stärks. I materialet finns exempel på klienter som tydligt uttryckt vad de vill, men fått böja sig för personalen. De har inte lyckats inta den position i gruppen som de önskade (jfr Lenz Taguchi 2004) och de lämnar mötet med blandade känslor av missnöje och tankar om att det trots allt blev en "schysst kompromiss".

Vårdkedjeprojektets effekter på klientnivå kan sammanfattas med att för en del klienter ser situationen ljus ut efter 12 månader, för andra inte. Klienter har också haft många upp- och nedgångar under den 12-månaders period som studerats. En klient kan skifta radikalt från en månad till en annan och hur situationen beskrivs exakt vid uppföljningstidpunkten kan därför variera ganska slumpmässigt. När Vårdkedjeprojektet närmar sig slutet uttrycker dock flera klienter att de är nöjda med det stöd projektet och framför allt

samordnaren har gett dem. De kan känna en viss rädsla för vad som kommer att hända nu – blir de övergivna? En ambivalens är tydlig bland klienter som önskar å ena sidan klara sig på egen hand, utan socialtjänstens hjälp, och å andra sidan hyser en rädsla för att isoleras ytterligare när de professionella aktörerna försvinner ur deras liv. De medger ibland att tiden på LVM-institutionen och inlåsningen kanske var bra och nödvändig för dem. En del säger också att vissa inslag i behandlingen, men framför allt enskilda personer, har bidragit till att det gått bra för dem. Det är sällan klienter uttrycker att en enskild behandlingsmetod har hjälpt dem. Terapeutens förmågor och andra faktorer utanför behandlingen, t ex återupptagandet av en hobby och nya vänner, är av stor vikt. Att bli av med missbruksproblemen handlar ofta om att förändra hela livet. I vilken mån Vårdkedjeprojektet i sig är lösningen för dem med alkohol- och drogproblem är, enligt klienterna, en olöst fråga.

Bilaga: Klientgruppens sammansättning och erhållen vård (DOK- och KIA-analyser)

Tabell 1. Antal deltagare och möjliga deltagare efter VKP-kommun/stadsdel respektive institution

	VKP-deltagare	Möjliga deltagare
Kommun/stadsdel		
Eskilstuna	11	12
Stockholm: Katarina Sofia	8	9
Stockholm: Maria Gamla stan	6	6
Uppsala	22	30
Örebro	27	41
Totalt	74	98
VKP institution		
Hornö	16	21
Runnagården	30	35
Rällsögården	28	42
Totalt	74	98

Tabell 2. Lagrum vid intagning, fastställt 4 § LVM och institution vid intagning efter kommun/stadsdel, KIA 1/7-04-31/12-05, antal, procent (ärendenivå)

Kommun/stadsdel	Intagningslagrum resp. fastställt 4 § LVM	Institution vid intagningen				Totalt	Andel intagningar på VKP- institution	Andel ärenden enbart vårdade enl. 13 § LVM
		Rällsögården	Hornö	Runnagården	Övriga institutioner			
Eskilstuna	4 § LVM	1	0	0	0	1	100%	
	13 § LVM varav övergått till 4 § LVM	5	5	8	4	22	82%	41%
		4	2	5	2	13	85%	
Stockholm Katarina Sofia	4 § LVM	0	0	1	0	1	100%	
	13 § LVM varav övergått till 4 § LVM	6	1	1	1	9	89%	0%
		6	1	1	1	9	89%	
Stockholm Maria Gamla stan	4 § LVM	1	0	1	0	2	100%	
	13 § LVM varav övergått till 4 § LVM	1	1	2	2	6	67%	17%
		1	1	2	1	5	80%	
Uppsala kommun	4 § LVM	2	1	1	0	4	100%	
	13 § LVM varav övergått till 4 § LVM	8	16	10	28	62	55%	24%
		7	9	10	21	47	55%	
Örebro kommun	4 § LVM	5	1	8	1	15	93%	
	13 § LVM varav övergått till 4 § LVM	30	7	9	6	52	88%	40%
		15	6	6	4	31	87%	
Totalt		59	32	41	42	174	76%	

Material hämtat ur KIA, 26 september 2007

Tabell 3. Antal dagar mellan intagning och första § 27-placering för klienter som tagits in enligt LVM (2004-07-01–2005-12-31) och som vårdats enligt 4 § LVM resp. 27 § LVM per kommun/stadsdel, antal, medelvärde samt extremvärden

	Eskilstuna	Stockholm Katarina Sofia	Stockholm Maria Gamla stan	Uppsala	Örebro	Totalt
Ant ärenden med vård enl. 4 § LVM	14	10	7	51	46	128
varav, som vårdats enligt 27 § LVM	10	8	4	22	34	78
som ej vårdats enl. 27 § LVM	4	2	3	29	12	50
Medelvärde	107	106	103	105	92	99
Lägsta värde	42	35	63	32	0	0
Högsta värde	215	182	125	215	159	215

Tabell 4. Huvuddrog efter deltagande i VKP, korstabell, antal, procent och Chi²

	Övrig kommun	Ej VKP, från VKP-kommun	VKP	Samtliga
Primärdrog				
Alkohol	475 (58%)	25 (74%)	24 (33%)	524 (57%)
Narkotika	346 (42%)	9 (27%)	49 (67%)	404 (44%)
<i>p ≤ .001</i>				

Bland dem som deltagit och icke deltagit i Vårdkedjeprojektet finns också skillnader vad gäller klienternas primära drog. Av dem som inte deltar i Vårdkedjeprojektet trots att de kommer från en VKP-kommun är en majoritet (74%) alkoholanvändare. Bland dem som deltar i Vårdkedjeprojektet är en majoritet (67%) narkotikaanvändare. Detta är förstabeligt mot den bakgrund som skissades upp ovan som visar att narkotikaanvändare har en svårare livssituation och upplever problem på fler livsområden som de vill förändra. Vårdkedjeprojektet kan då ge hopp.

De skillnader som återfinns mellan VKP-klienter och övriga, har därför kontrollerats mot skillnaden mellan alkohol- och narkotikaanvändare. *Analysen visar att i stort sett samtliga signifikanta skillnader försvinner när klientens primärdrog beaktas. De skillnader vi ser är därför en effekt av primärdrog och det faktum att det i VKP-gruppen finns många yngre narkotikaanvändare.*

Tabell 5. Klientgruppernas sammansättning, VKP-klienter vs övriga, DOK- In & UT, antal och procent, median (M), medelvärde (\bar{X}) och standardavvikelse (std.avv), χ^2 för kategoriska variabler och ANOVA för medelvärden

	Övrig kommun		Ej VKP, från VKP-kommun		VKP		Samtliga		Sig.
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kön: Andel män	864		39		74		977		
	540	63	28	72	44	60	612	63	ns
Ålder år 2006									
Upp till 25 år	151	18	6	15	27	37	184	19	**
26-35 år	191	22	5	13	13	18	209	21	
36-45 år	186	22	5	13	14	19	205	21	
46-65 år		36	21	54	18	24	346	35	
	307								
66+	29	3	2	5	2	3	33	3	
Medborgarskap: Andel svenska medborgare	771	93	33	94	68	92	872	93	ns
BOENDE- & LEVNADSFORM									
Huvudsaklig boendeform, 6 mån.									
Egen bostad	440	54	21	66	36	49	497	54	ns
Andra hand /inneboende/ boendekollektiv/studentbostad	45	6	1	3	6	8	52	6	
Försöks-/träninglägenhet/Institution	72	9	4	13	3	4	79	9	
Hos föräldrar	58	7	1	3	3	4	62	7	
Fängelse eller häkte	9	1	-	-	1	1	10	1	
Bostadslös	162	20	3	9	20	27	185	20	
Annan boendeform	31	4	2	6	4	6	37	4	
Huvudsaklig boendeform, 30 d.									
Egen bostad	409	50	18	56	31	43	458	50	ns
Andra hand /inneboende/ boendekollektiv/studentbostad	45	6	1	3	6	8	52	6	
Försöks-/träninglägenhet/Institution	84	10	6	19	1	1	91	10	
Hos föräldrar	63	8	1	3	5	7	69	8	
Fängelse eller häkte	2	<.5	-	-	-	-	2	<.5	
Bostadslös	169	21	4	13	24	33	197	21	
Annan boendeform	45	6	2	6	5	7	52	6	
Hur oroad IP varit av sin boendeform, 30 d. (1-5, \bar{X}, std.avv.)# #		2,27 [1,56]		1,89 [1,45]		2,49 [1,63]		2,27 [1,56]	ns
IP önskar förändra något i sin boendeform #	345	61	15	56	35	66	395	62	ns
Om ja: Behöver du vår hjälp med det? #	188	57	7	50	22	67	217	58	ns
Huvudsaklig levnadsform, 6 mån.									
Ensamlevande	504	62	21	62	48	67	573	62	ns
Ensamstående med barn	22	3	3	9	-	-	25	3	
Samlevande med partner, inga barn	158	19	6	18	14	19	178	19	
Samlevande med partner och barn	34	4	-	-	1	1	35	4	
Samlevande med föräldrar eller släktingar	43	5	2	6	2	3	47	5	
Samlevande med vänner	38	5	1	3	4	6	43	5	
Annan levnadsform	19	2	1	3	3	4	23	3	
Huvudsaklig levnadsform, 30 d.									
Ensamlevande	526	64	22	63	52	71	600	64	ns
Ensamstående med barn	17	2	1	3	-	-	18	2	
Samlevande med partner, inga barn	137	17	6	17	11	15	154	17	
Samlevande med partner och barn	24	3	-	-	-	-	24	3	
Samlevande med föräldrar eller släktingar	45	5	2	6	3	4	50	5	
Samlevande med vänner	44	5	1	3	4	6	49	5	
Annan levnadsform	27	3	3	9	3	4	33	4	
Hur oroad IP varit av sin levnadsform, 30 d. (1-5, \bar{X}, std.avv.)# #		2,34 [1,50]		1,82 [1,28]		2,20 [1,43]		2,30 [1,49]	ns
IP önskar förändra något i sin levnadsform #	347	63	16	57	33	64	396	63	ns
Om ja: Behöver du vår hjälp med det? #	200	60	8	50	23	70	231	60	ns
Har barn under 18 år	241	30	10	30	19	26	270	30	ns

	Övrig kommun		Ej VKP, från VKP-kommun		VKP		Samtliga		Sig.
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	864		39		74		977		
UTBILDNING, FÖRSÖRJNING & SYSSELSÄTTNING									
Högsta fullföljda utbildning (inC1)									
Fullföljt grundskola	382	48	16	49	36	50	434	48	
Fullföljt gymnasium/eftergymnasial utbildning	299	37	12	36	23	32	334	37	
IP önskar förändra något i sin utbildning #	242	44	11	39	26	50	279	44	ns
Om ja: Behöver du vår hjälp med det? #	68	29	5	46	10	40	83	30	ns
Huvudsaklig försörjning, 6 mån.									
Lön/AMS/A-kassa	71	9	5	14	8	11	84	9	(*)
Sjukpenning/sjukbidrag	200	25	6	17	8	11	214	23	
Ålderspension	29	4	-	-	1	1	30	3	
Förtidspension	174	21	12	34	12	16	198	22	
Socialbidrag	224	28	8	23	31	43	263	29	
Försörjd av förälder/anhörig	10	1	-	-	1	1	11	1	
Kriminalitet	59	7	2	6	9	12	70	8	
Annat, inkl. föräldrapenning och studier	47	6	2	6	3	4	52	6	
Huvudsaklig försörjning, 30 d.									
Lön/AMS/A-kassa	46	6	1	3	6	8	53	6	**
Sjukpenning/sjukbidrag	218	27	7	21	8	11	233	25	
Ålderspension	29	4	-	-	1	1	30	3	
Förtidspension	177	22	12	36	12	17	201	22	
Socialbidrag	223	27	6	18	28	39	257	28	
Försörjd av förälder/anhörig	10	1	-	-	1	1	11	1	
Kriminalitet	61	8	1	3	9	13	71	8	
Annat, inkl. föräldrapenning och studier	50	6	6	18	7	10	63	7	
Hur oroad IP varit över sin försörjning, 30 d. (1-5, \bar{X}, std.avv.) #		2,19 [1,53]		1,89 [1,40]		2,64 [1,71]		2,21 [1,55]	(*)
IP önskar förändra något i sin försörjning #	357	65	15	54	36	68	408	65	ns
Om ja: Behöver du vår hjälp med det? #	159	47	4	27	19	56	182	47	ns
Huvudsaklig sysselsättning, 6 mån.									
Arbete	56	7	4	11	6	8	66	7	ns
Studier	8	1	-	-	-	-	8	1	
Pensionär	244	30	13	37	12	17	269	29	
Arbetslös	255	31	10	29	26	36	291	32	
Kriminalitet	81	10	1	3	5	7	87	9	
Prostitution	11	1	-	-	2	3	13	1	
Annat, inkl. föräldraledig	161	20	7	20	21	29	189	20	
Huvudsaklig sysselsättning, 30 d.									
Arbete	32	4	1	3	4	6	37	4	ns
Studier	5	1	-	-	-	-	5	1	
Pensionär	252	31	13	37	12	17	277	30	
Arbetslös	267	33	11	31	27	38	305	33	
Kriminalitet	77	9	1	3	5	7	83	9	
Prostitution	9	1	-	-	2	3	11	1	
Annat	175	21	9	26	22	31	204	22	
Hur oroad IP varit över sin sysselsättning, 30 d. (1-5, \bar{X}, std.avv.)* #		1,97 [1,39]		1,67 [1,00]		2,16 [1,48]		1,98 [1,38]	ns
IP önskar förändra något i sin sysselsättning #	321	59	15	56	34	68	370	60	ns
Om ja: Behöver du vår hjälp med det? #	143	46	5	33	19	58	167	47	ns
Arbetslivserfarenhet: Regelbundet arbete									
Aldrig arbetat regelbundet	52	9	1	4	10	20	63	10	(*)
1-11 månader	115	21	4	14	14	28	133	21	
1-10 år	223	40	12	43	16	32	251	40	
Mer än 10 år	162	29	11	39	10	20	183	29	

	Övrig kommun		Ej VKP, från VKP-kommun		VKP		Samtliga		Sig.
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	864		39		74		977		
ALKOHOL & NARKOTIKA									
Primär drog, 30 d. ¹									
Alkohol	475	55	25	66	24	32	524	54	***
Heroin eller annan opiat inkl. läkemedel	133	16	4	11	13	18	150	16	
Amfetamin	150	18	2	5	19	26	171	18	
Benzodiazepiner eller dämpande medel	20	2	-	-	5	7	25	3	
Hasch	22	3	2	5	12	16	36	4	
Annat	58	7	5	13	1	1	64	7	
Frekvens av primärmedel, 30 d.									
Inte alls	46	6	4	15	3	4	53	6	ns
Upp till 2-3 dag per vecka	176	23	5	19	18	26	199	24	
4-6 dagar per vecka eller dagligen	529	70	17	65	49	70	595	70	
Injicerar/injicerat någon gång									
	375	49	13	46	47	67	435	50	**
Alkoholfrekvens, 30 d. #									
Inte alls	150	28	5	19	19	37	174	28	ns
Upp till 2-3 dag per vecka	190	35	9	35	20	39	219	35	
4-6 dagar per vecka eller dagligen	202	37	12	46	12	24	226	37	
Alkoholfrekvens, 6 mån #									
Inte alls	84	16	2	8	14	27	100	16	ns
Upp till 2-3 dag per vecka	285	53	13	54	26	50	324	53	
4-6 dagar per vecka eller dagligen	165	31	9	38	12	23	186	30	
Använt flera medel per dag (alkohol, narkotika, läkemedel) #									
	254	46	7	26	33	62	294	46	**
Hur oroad IP varit över problem med alkohol, 30 d. (1-5, \bar{X}, std.avv.)									
		2,17 [1,49]		2,16 [1,46]		1,90 [1,40]		2,15 [1,48]	ns
Hur oroad IP varit över problem med narkotika, 30 d. (1-5, \bar{X}, std.avv.) #									
		2,31 [1,56]		1,50 [1,15]		2,69 [1,61]		2,31 [1,56]	*
Hur oroad IP varit över problem med narkotikaklassade läkemedel, 30 d. (1-5, \bar{X}, std.avv.) #									
		1,82 [1,35]		1,12 [0,33]		2,19 [1,57]		1,84 [1,36]	*
IP önskar förändra något vad gäller sitt drogbruk #									
	493	91	24	89	47	89	564	91	ns
Om ja: Behöver du vår hjälp med det? #									
	345	73	18	75	34	76	397	73	ns
Vad är ditt mål vad gäller ditt... ... alkoholbruk? *									
Inget mål	90	18	5	19	14	29	109	19	ns
Total nykterhet	241	47	11	41	18	38	270	46	
Kontrollerad/sporadisk användning	181	35	11	41	16	33	208	35	
... narkotikabruk? *									
Inget mål	97	25	8	44	3	8	108	24	*
Total drogfrihet	251	64	7	39	31	82	289	65	
Kontrollerad/sporadisk användning	42	11	3	17	4	11	49	11	
... läkemedelsbruk? *									
Inget mål	116	31	8	50	2	5	126	29	**
Total drogfrihet	182	48	7	44	28	72	217	50	
Kontrollerad/sporadisk användning	79	21	1	6	9	23	89	21	
FAMILJ & UMGÄNGE									
Hur oroad IP varit över sina relationer, 30 d. (1-5, \bar{X}, std.avv.) #									
		2,30 [1,45]		1,86 [1,26]		2,16 [1,29]		2,27 [1,43]	ns
IP önskar förändra något i sina relationer #									
	316	57	11	41	23	45	350	55	(*)
Om ja: Behöver du vår hjälp med det? #									
	129	43	4	40	10	44	143	43	ns

	Övrig kommun		Ej VKP, från VKP-kommun		VKP		Samtliga		Sig.
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	864		39		74		977		
FYSISK HÄLSA									
IP har allvarliga problem med sin fysiska hälsa	321	40	12	34	24	33	357	39	ns
Antal dagar av 30 som IP haft problem med fysisk hälsa?									
Inga problem	353	64	20	71	38	72	411	65	ns
Enstaka tillfällen	38	7	1	4	1	2	40	6	
1 till 3 dagar i veckan	18	3	-	-	-	-	18	3	
4 dagar i veckan och mer	145	26	7	25	14	26	168	26	
Hur oroad IP varit för sin fysiska hälsa, 30 d. (1-5, \bar{X} , std.avv) #		2,34 [1,42]		2,28 [1,51]		2,45 [1,45]		2,32 [1,42]	ns
IP önskar förändra något vad gäller sin fysiska hälsa #	365	67	16	67	35	67	416	67	ns
Om ja: Behöver du vår hjälp med det? #	188	54	6	40	18	53	212	54	ns
PSYKISK HÄLSA									
Antal dagar av 30 som IP haft problem med psykisk hälsa?									
Inga problem	297	55	26	96	32	62	355	57	**
Enstaka tillfällen	81	15	1	4	8	15	90	15	
1 till 3 dagar i veckan	44	8	-	-	1	2	45	7	
4 dagar i veckan och mer	117	22	-	-	11	21	128	21	
Hur oroad IP varit för sin psykiska hälsa, 30 d. (1-5, \bar{X} , std.avv) #		2,29 [1,45]		1,44 [0,92]		2,17 [1,40]		2,24 [1,44]	*
IP önskar förändra något vad gäller sin psykiska hälsa #	332	61	9	35	30	57	371	60	*
Om ja: Behöver du vår hjälp med det? #	240	77	7	88	19	73	266	77	ns
IP har ordinerats läkemedel för...									
...oro och sömnstörningar, tidigare i livet	349	64	14	52	33	62	396	63	ns
...oro och sömnstörningar, 30 d.	220	63	8	57	20	61	248	63	ns
...depression, tidigare i livet	250	46	5	19	20	38	275	44	*
...depression,, 30 d.	113	46	3	75	9	45	125	46	ns
Tidigare vårdats i...									
...psykiatrisk öppenvård	227	30	5	17	29	40	261	30	(*)
...psykiatrisk dygnsvård	181	24	7	23	27	37	215	25	*
...psykiatrisk tvångsvård	134	18	7	24	6	8	147	17	(*)
KRIMINALITET									
IP har dömts för något brott #	510	68	22	71	53	76	585	69	ns
Om ja: För... #									
...väldsbrott	166	41	6	30	21	49	193	41	ns
...tillgreppsbrott	233	57	6	30	28	64	267	56	*
...ekonomiska brott	60	15	2	10	7	16	69	15	ns
...rattonykterhet	219	53	12	63	17	40	248	52	ns
...narkotikabrott	230	57	8	40	37	84	275	58	***
IP har blivit dömd till fängelse	295	38	11	32	30	43	336	38	ns
Hur oroad IP varit över sin kriminalitet, 30 d. (1-5, \bar{X} , std.avv) #		1,34 [0,91]		1,22 [0,74]		1,39 [0,80]		1,34 [0,89]	ns
IP önskar förändra något vad gäller sin kriminalitet #	168	35	4	17	22	43	194	35	ns
Om ja: Behöver du vår hjälp med det? #	77	48	1	25	8	42	86	47	ns

	Övrig kommun		Ej VKP, från VKP-kommun		VKP		Samtliga		Sig.
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	864		39		74		977		
BEHANDLING & MYNDIGHETSKONTAKTER									
Behandlingshistoria: Har tidigare vårdats...									
... för alkoholproblem	496	62	23	68	37	51	556	61	ns
... för narkotikaproblem	380	52	12	43	48	70	440	53	**
... för läkemedelsbruk	219	31	8	30	34	49	261	32	**
... enligt LVU	125	16	3	9	18	25	146	17	(*)
... enligt LVM	333	42	15	44	30	41	378	42	ns
Har tidigare...									
...avgiftats	394	73	24	89	37	70	455	74	ns
Om ja: Senaste 6 månader?	276	73	14	64	24	75	314	73	ns
...vårdats inom öppenvård	330	62	15	56	32	62	377	62	ns
Om ja: Senaste 6 månader?	168	54	9	64	16	55	193	55	ns
...vårdats inom slutenvård	290	55	14	52	31	60	335	55	ns
Om ja: Senaste 6 månader?	127	48	8	57	12	44	147	48	ns
Har under de senaste 6 månaderna haft kontakt med...									
... försäkringskassan	321	41	15	46	31	43	367	41	ns
... kriminalvårdsmyndigheten (häkte, anstalt, frivård)	211	27	7	21	22	30	240	27	ns
... arbetsförmedling	131	17	5	16	17	23	153	17	ns
... socialtjänst (ekonomiskt bistånd)	503	62	18	55	53	74	574	63	(*)
... kronofogdemyndighet	200	26	12	40	27	39	239	28	*
... sjukvård	642	80	25	78	54	74	721	79	ns
Har under de senaste 6 månaderna haft kontakt med/besökt...									
... behandlingsansvarig socialsekreterare	758	93	30	91	68	93	856	93	ns
... öppenvårdsmottagning alkohol/narkotika	336	42	13	42	35	49	384	43	ns
... öppenvårdsprojekt	126	16	6	19	17	24	149	17	ns
... strukturerad dagverksamhet	86	11	3	10	5	7	94	10	ns
... psykoterapeut/psykiatrisk mottagning	151	19	6	20	11	16	168	19	ns
... nuvarande institution/behandlingsenhet	73	9	2	6	4	6	79	9	ns

Från lång DOK-version. Lägre n.

Not 1. Kommundeltagande: 5 i Eskilstuna, 6 i Uppsala, 2 Maria Gamla stan, 1 i Katarina Sofia resp. Örebro.

Tabell 6. Lagrum och vårdtider, insatser och planering vid utskrivning, VKP-klienter vs övriga, DOK-Ut, antal och procent, median, medelvärde (\bar{X}) och standardavvikelse, χ^2 för kategoriska variabler och ANOVA för medelvärden.

	Övrig kommun		Ej VKP, från VKP-kommun		VKP		Samtliga		Sig.
	n	%	n	%	n	%	n	%	
LAGRUM, VÅRD, VÅRDTID & § 27 VÅRD	864		39		74		977		
Lagrum vid inskrivning									
LVM § 13	808	70	34	87	57	77	699	72	(*)
LVM § 4	253	29	5	13	16	22	274	28	
SoL	3	<5	-	-	1	<5	4	<5	
Antal dagar på LVM institutionen enl. LVM									
\bar{X} , std.avv		180 [32,2]		183 [44,6]		190 [23,5]		181 [32]	*
Median		182		183		184		182	
Placerats enligt § 27	687	81	26	70	65	88	778	81	(*)
Antal veckor från inskrivning till första §27 placering bland dem som hade § 27									
\bar{X} , std.avv.		13,05 [6,5]		13,15 [6,4]		15,0 [6,2]		13,2 [6,5]	(*)
Median		12		13		15		13	
Typ av placering vid första §27 placering									
Eget boende + missbruksbehandling, öppenvård	169	28	10	46	21	35	200	29	(*)
Eget boende + öppenvård, ej missbruksbehandling	34	6	1	5	-	-	35	5	
Institution	316	51	7	32	25	42	348	50	
Familjevård	60	10	1	5	9	15	70	10	
Annat, inkl. släkt/familj	36	6	3	14	5	8	44	6	
Typ av placering vid första §27 placering (enligt VKP-klientkort)									
Eget boende + missbruksbehandling, öppenvård					12	22			
Eget boende + öppenvård, ej missbruksbehandling					1	2			
HVB-hem/behandlingshem					29	54			
Inackorderingshem + missbruksbehandling, öv.					1	2			
Familjevård					8	15			
Vård i SiS regi					3	6			
Fullföljd §27 placering (första)	296	49	9	39	25	41	330	48	ns
Fullföljd §27 placering (andra)	83	41	3	33	7	39	93	40	ns
Orsak till ej fullföljd §27									
Återfall	248	83	11	92	30	88	289	84	ns
Behandlingsinnehållet motsvarar ej förväntningarna	22	7	-	-	-	-	22	6	
Disciplinära skäl	6	2	-	-	-	-	6	2	
Annat	23	8	1	8	4	12	28	8	
Om ej placerad enligt §37 – orsak									
Avvikit	13	9	1	10	-	-	14	9	ns
Omotiverad till vård	29	21	-	-	2	18	31	19	
Psykiskt/fysiskt hälsotillstånd eller otillfredsställande social situation	28	20	1	10	2	18	31	19	
Väntar på behandlingshemsplacering eller har inte hittat lämpligt vårdalternativ	33	24	6	60	5	46	44	27	
Önskar stanna kvar	24	17	1	10	-	-	25	16	
Annat	13	9	1	10	2	18	16	10	
Form för avslutad kontakt/utskrivning från LVM-institutionen									
Planerad utskrivning	753	95	34	100	71	97	858	95	ns
Egen begäran	6	1	-	-	2	3	8	1	
Misskötsamhet (återkom ej från permission/avvikit, utskriven av disciplinära skäl, utebliven från planerad kontakt)	10	1	-	-	-	-	10	1	
Avliden	11	1	-	-	-	-	11	1	
Annat	13	2	-	-	-	-	13	1	

	Övrig kommun		Ej VKP, från VKP-kommun		VKP		Samtliga		Sig.
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	864		39		74		977		
Vad klienterna skrevs ut till									
Forts. vård på HVB/behandlingshem	219	25	4	10	13	18	236	24	***
Forts. vård på familjehem	53	6	3	8	3	4	59	6	
Eftervård i/utanför SiS regi	8	1	1	3	7	9	16	2	
Sjukhus/klinik: Somatisk/psykiatrisk vård	12	1	1	3	1	1	14	1	
Intagen på häkte/kriminalvårdsanstalt	11	1	2	5	-	-	13	1	
Eget boende	341	40	17	44	28	38	386	40	
Boende hos förälder, familjemedlem, syskon, släkt, vän	52	6	1	3	5	7	58	6	
Inackorderingshem/stödboende/träningslägenhet	72	8	2	5	8	11	82	8	
Härbärge, hemlöshet, husvagn/tält	36	4	2	5	3	4	41	4	
Avviken vid utskrivning	6	1	-	-	-	-	6	1	
Avliden	13	2	-	-	-	-	13	1	
Vet ej/uppgift saknas	41	5	6	15	6	8	53	5	
Orsak till avbruten eftervård (enligt VKP-klientkort, n=47)									
Missbruk					37	79			
Psyisk sjukdom					1	2			
Ej behov av kontakt					1	2			
Ej motiverad					1	2			
Annat, inkl. avviken					7	15			
Antal veckor från inskrivning till avslutat VKP (enligt VKP-klientkort)									
Minsta – högsta värde						26-80			
\bar{X} , std.avv.						51,7 [10,7]			
Median						52			
INSATSER UNDER LVM									
Utförlig utredning/diagnos, inskrivning (utöver DOK) av...									
Missbruksproblem vid enheten	467	59	13	37	53	75	533	59	***
Social situation	466	59	14	40	53	75	533	59	**
Psyisk hälsa	466	59	12	35	39	54	517	58	*
Fysisk hälsa	553	70	25	71	39	55	617	69	*
Utredning av motivation till förändring	123	16	7	20	30	43	160	18	***
Kartläggning av tidigare behandlingsinsatser	268	34	8	23	21	31	297	34	ns
Missbruksproblem under §27	93	17	2	10	10	18	105	17	ns
Social situation	110	20	3	15	8	13	121	19	ns
Psyisk hälsa	85	15	3	15	5	9	93	15	ns
Fysisk hälsa	117	21	6	29	15	26	138	22	ns
Utredning av motivation till förändring	30	6	1	5	4	7	35	6	ns
Kartläggning av tidigare behandlingsinsatser	48	9	1	5	6	11	55	9	ns
Insatser av medicinsk/fysiologisk karaktär									
Somatisk vård vid enheten	381	48	18	51	27	38	426	48	ns
Urinprov	706	89	29	83	70	97	805	89	*
HIV-testning	321	43	12	39	44	61	377	44	**
Tandvård	262	33	5	14	28	39	295	33	*
Psykiatrisk vård	95	12	3	9	3	4	101	11	ns
Avgiftning	501	63	25	71	57	79	583	65	*
Läkemedelsnedtrappning	297	38	4	12	38	53	339	38	***
Somatisk vård under §27	104	18	4	18	11	20	119	19	ns
Urinprov	327	56	11	44	32	55	370	56	ns
HIV-testning	17	3	1	5	-	-	1	3	ns
Tandvård	74	14	-	-	4	7	78	13	(*)
Psykiatrisk vård	32	6	1	4	1	2	34	5	ns
Avgiftning	38	7	1	4	1	2	40	6	ns
Läkemedelsnedtrappning	21	4	-	-	1	2	22	3	ns
Insatser av psykologisk karaktär									
Individuella rådgivande/stödande samtal vid enheten	727	93	31	94	64	91	822	93	ns
Rådgivande/stödande gruppsamtal	339	44	13	39	40	58	392	45	(*)
Individuella samtal av förändrande karaktär	409	53	13	39	52	75	474	54	***
Gruppsamtal av förändrande karaktär	145	19	6	18	36	52	187	21	***
Individuella rådgivande/stödande samtal under §27	331	65	14	61	39	72	384	65	ns
Rådgivande/stödande gruppsamtal	148	33	4	21	21	40	173	33	ns
Individuella samtal av förändrande karaktär	182	38	5	24	32	58	219	40	**
Gruppsamtal av förändrande karaktär	94	21	1	5	20	39	115	22	**

	Övrig kommun		Ej VKP, från VKP-kommun		VKP		Samtliga		Sig.
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	864		39		74		977		
Insatser av social och pedagogisk karaktär									
Social utredning vid enheten	313	40	14	40	43	60	370	41	**
Ekonomisk hjälp	312	39	9	27	21	29	342	38	(*)
Utbildning teori/praktik	23	3	-	-	5	7	28	3	(*)
Arbetssträning	110	14	2	5	17	24	129	14	*
Social färdighetsträning	351	44	14	40	48	67	413	46	***
Återfallsprevention	307	39	9	27	45	63	361	40	***
Social utredning under §27	77	14	4	18	6	11	87	14	ns
Ekonomisk hjälp	147	26	6	32	15	28	168	27	ns
Utbildning teori/praktik	52	9	1	5	4	7	57	9	ns
Arbetssträning	114	20	3	15	12	21	129	20	ns
Social färdighetsträning	178	32	7	33	24	44	209	33	ns
Återfallsprevention	99	18	1	5	18	33	118	19	**
PLANERING VID UTSKRIVNING #									
Har under inskrivningsperioden haft kontakt med...									
... försäkringskassan	162	41	6	33	17	41	185	40	ns
... frivårdsmyndighet/kriminalvård	92	23	4	25	13	31	109	24	ns
... arbetsförmedling	35	9	4	25	5	12	44	10	(*)
... socialtjänst (ekonomiskt bistånd)	222	56	6	33	28	67	256	56	(*)
... kronofogdemyndighet	102	26	7	39	13	31	122	27	ns
... sjukvård	190	48	11	6	17	41	218	48	ns
Planerar kontakt efter utskrivning med...									
... försäkringskassan	199	51	10	56	17	42	226	51	ns
... frivårdsmyndighet/kriminalvård	93	24	3	19	14	33	110	25	ns
... arbetsförmedling	130	34	8	50	10	24	148	34	ns
... socialtjänst (ekonomiskt bistånd)	205	53	5	28	28	67	238	53	*
... kronofogdemyndighet	123	32	5	29	16	38	144	32	ns
... sjukvård	187	49	8	44	18	43	213	48	ns
Har under inskrivningsperioden haft kontakt med...									
... behandlingsansvarig socialsekreterare	383	97	18	100	41	98	442	97	ns
... öppenvårdsmottagning alkohol/narkotika	103	26	5	28	15	36	123	27	ns
... öppenvårdsprojekt	52	13	3	17	11	26	66	15	(*)
... strukturerad dagverksamhet	45	11	1	6	9	21	55	12	ns
... psykoterapeut/psykiatrisk mottagning	57	14	4	22	5	12	66	14	ns
... nuvarande institution/behandlingsenhet	278	70	11	61	32	76	321	70	ns
... självhjälsorganisation	81	20	1	6	6	15	88	19	ns
... anhörig	325	82	14	82	31	74	370	81	ns
Planerar kontakt efter utskrivning med...									
... behandlingsansvarig socialsekreterare	314	80	12	67	39	93	365	81	*
... öppenvårdsmottagning alkohol/narkotika	148	38	4	22	21	54	173	39	(*)
... öppenvårdsprojekt	89	23	2	11	16	38	107	24	*
... strukturerad dagverksamhet	96	25	2	11	13	32	111	25	ns
... psykoterapeut/psykiatrisk mottagning	95	25	3	17	12	29	110	25	ns
... nuvarande institution/behandlingsenhet	139	36	6	33	16	42	161	37	ns
... självhjälsorganisation	105	27	3	17	9	23	117	26	ns
... anhörig	330	94	13	77	33	81	376	83	ns
Finns en behandlingsplan (vårdplan) för...									
... missbruk	256	66	10	59	35	83	301	67	(*)
... boende	215	56	8	47	29	71	252	57	ns
... levnadsform	171	44	6	35	24	59	201	45	ns
... försörjning	198	51	4	25	31	74	233	52	*
... sysselsättning	194	50	6	38	24	57	224	51	ns
... annat	40	12	1	7	8	22	49	13	ns

Implementeringsstudien

Jessica Palm

Inledning	162
Syfte	162
Metodologisk/teoretisk ansats: Översättning, process och manipulation	162
Genomförande och material	165
Bearbetning av material	167
Presentation av materialet	167
Vad är VKP?	168
Planeringen och genomförandet av VKP	172
Samordnarfunktionen	179
Definitioner och avgränsningar	179
Ingen case-manager eller personligt ombud...	179
Inte heller socialsekreterarposition...	180
Inte vara någon behandlare...	183
"Spindeln i nätet" – samordning = socialtjänstens uppgift?	184
En samordnares arbetsvecka	188
Skillnader i hur samordnarna arbetar	201
Vad borde en samordnare göra?	204
Samarbete	208
Samarbetet med psykiatrin	212
Metoder	216
Evidensbasera vården	216
Få dem att ta ansvar	218
CRA enligt manualen	220
Den autonoma stimulus-drivna klienten	221
Terapeuten som upplysare och manipulator	224
Implementeringen av metoderna	226
Utbildning/kompetenshöjning	226
Metodernas mottagande	228
Inställning till/användning av tvång	232
Eftervård	239
Brukarperspektiv /-inflytande	244
VKP:s betydelse för missbrukarvården	246
Sammanfattning och diskussion	251
De centrala resultaten	251
VKP ur ett vidare perspektiv	255
Sammanfattning	258

Inledning

Föreliggande studie har en konstruktivistisk ansats. Enligt detta synsätt konstruerar språket vårt sätt att tänka om och uppfatta vår "verklighet". I det här fallet är det med andra ord inte givet vad VKP är utan projektet formas när vi talar om det. Liksom den studie som redovisas av Johannes Fäldt i rapporten handlar denna studie om implementeringen av VKP, men har en annan teoretisk utgångspunkt, ett delvis annat syfte och en annan metod. Därav följer att även resultaten och tolkningar av resultat skiljer sig åt. Denna studie har ett bredare fokus då det inte enbart fokuserar på implementeringen av dokumentationssystemen och behandlingsmetoder utan ser även till andra delar av projektet och till företeelser utanför projektet, som påverkar det. På så vis kan denna delstudie ge ett bredare perspektiv även på de resultat som framkommer i den andra implementeringsstudien. Föreliggande studie kan även ses som ett komplement till klientstudien som behandlas i föregående kapitel på så vis att förklaringar ges till företeelser som framkommer där liksom att perspektiv från andra än klienterna ges på projektet.

Föreliggande kapitel kommer inledningsvis att beskriva studiens syfte, perspektiv/teori/metod, genomförande och material samt bearbetning av material. Därefter presenteras vad som framkommit i analysen av materialet.

Syfte

Det övergripande syftet med föreliggande studie är att studera vilka idéer som är grunden för VKP och dess utformning samt hur VKP implementerats (översatts) till olika lokala kontext och hur dess olika delar uppfattas av olika aktörer som kommer i kontakt med VKP. En grundläggande teori är att det inte finns *en* bild av vare sig projektet, dess syfte eller dess framgång i olika avseenden. Bilden av VKP är beroende av betraktaren och förändras över tid. Olika aktörer förväntas utifrån sina positioner ge olika perspektiv och olika lokala kontext förväntas forma projektet på olika vis. Syftet har därmed även varit att förmedla flera olika perspektiv på VKP, dess syfte, delar (varav särskilt fokus ägnats åt samordnarfunktionen) och implementeringen av dessa. Ytterligare ett syfte är att skapa förståelse(r) för fenomenet VKP i ett vidare samhällsligt kontext. Hur kan vi förstå att projektet skapas och utformas på ett visst sätt och vid en viss tidpunkt?

Metodologisk/teoretisk ansats: Översättning, process och manipulation

I denna studie är metod och teori inte möjliga att helt hålla isär och behandlas därför gemensamt i detta avsnitt. Den övergripande och ursprungliga teorin för studien är det så kallade *översättningsperspektivet* för policyspridning, vilket har utvecklats ur diffusionsperspektivet (se Ryan och Gross, 1943; Gusfield, 1963; Rogers, 1995). Översättningsperspektivet utgår från en socialkonstruktivistisk grundsyn innebärande att människor är engagerade i meningsproduktion. Enligt översättningsperspektivet ses policyöversättning som en social defi-

nitions- eller tolkningsprocess, där de olika betydelser som en idé tillskrivs i ett givet sammanhang påverkar dess faktiska utformning. Inom perspektivet fokuseras således på hur olika aktörer genom tolkningar, attityder och handlingar påverkar utformningen av en policyidé. De betydelser olika aktörer tillskriver policyn är centrala om vi vill förstå och förklara hur den uppkommit, formats, tillämpas och vilka effekter den får. Härav följer att aktörerna är centrala. Vissa aktörer fungerar som policyentreprenörer (i fallet VKP kan SiS huvudkontor och socialdepartementet ses som policyentreprenörer), som initierar och arbetar för olika idéer utifrån olika motiv. Vem definierar problemen och deras lösningar – hur och varför? Vidare krävs lokala aktörer som för in idéerna i sina organisationer och översätter och anpassar dem till praktisk handling (samordnarna och representanter från institutionerna och kommunerna i styr- och arbetsgrupp i fallet VKP). Härav följer också att översättningsperspektivet är lokalt kontextbundet. Idén eller policyn tolkas alltid på olika sätt och kan aldrig sägas ha en bestämd och slutgiltig innebörd. Översättningen ses som nämnts alltså som en öppen, oavslutad process genom vilken policyidéer, VKP som företeelse, fortlöpande tolkas och omtolkas.

Enligt Johnson (2003) lämpar sig översättningsperspektivet bl a vid studier då idéerna kan bli föremål för tolkningar som skiljer sig från varandra, samt i situationer då idéerna lätt kan bli föremål för konflikter, som t ex professionella konflikter. Översättningsperspektivet är användbart i denna utvärdering eftersom det lägger fokus på att utformningen av Vårdkedjeprojektet kan komma att se olika ut i olika kommuner, beroende på lokala förutsättningar och attityder. Samarbetet och vårdkedjorna formas under projektets gång vilket lägger vikt vid lokala aktörer och hur de uppfattar problemen och vårdkedjepolicyn samt hur aktörerna för in policyn i sina organisationer och därigenom formar Vårdkedjeprojektet. Vidare lägger översättningsperspektivet vikt vid vad som händer med organisationer när nya idéer förs in samt vilka effekter detta får, bl a för interaktionen mellan klient och behandlare. Det ska dock påpekas att i denna studie är klienterna som aktörer och formare av projektet frånvarande. Klienternas upplevelser och inverkan är istället fokus för Jessica Storbjörks studie och kapitel i rapporten.

Studiens metod ligger nära det som kallats för "responsive evaluation" (Abma, 1997) eller "fjärde generationens utvärdering" (Guba & Lincoln, 1989), i vilken utvärdering betraktas som en slags förhandling där de inblandade aktörerna engageras i arbetet med att skapa förståelse för det som sker. Pertti Alasuutari (1996) skriver att "*instead of trying to generalize understandings, cultural studies and other constructionist approaches aim to particularize understandings of the social*". Syftet med denna form av utvärdering är "*to search for, or to create, a basis for the relationship in order to find new rules of the game*" (Kensen & Bogason, 1999). Tanken är inte att komma fram till en oberoende bedömning (eller göra några generaliseringar) av Vårdkedjeprojektet utan att i samarbete (förhandling) med olika aktörer, ett arbete som alltså inte har något tydligt

slut (Abma, 1997), ge olika bilder av verksamheten, dess fördelar/nackdelar och utvecklingsmöjligheter. Det här sättet att se på forskning/utvärdering är också i sig en teori.

I föreliggande studie har "förhandlingen" eller samarbetet i huvudsak skett med samordnarna vilka forskaren haft en tät kontakt med under projektet, men tolkningar och olika perspektiv som presenteras här kommer även från andra aktörer och från teoretiska perspektiv. Perspektivet från fjärde generationens utvärdering om att målet inte är en oberoende bedömning utan olika bilder och att det inte finns något tydligt slut för tolkningarna (även om ett avslut givetvis sker i samband med rapportens tryckning – tiden som avsatts för utvärderingen har varit avgörande) delas dock. Forskaren betraktas därmed i denna studie inte som en auktoritet som kan vara objektiv och finna den rätta förståelsen av projektet utan som en person som kan hjälpa aktörerna att söka förståelse och mening och på så vis utveckla sitt arbete. Jag som forskare har varit ett redskap som genom deltagande i projektet skapar material för forskning och formar projektet. Återkopplingen skedde inte på ett strukturerat sätt, men betraktelser har återrapporterats och diskuterats med olika deltagare (framförallt samordnarna) fortlöpande. Betraktelser och reflektioner gav upphov till nya frågor som olika aktörer fått reflektera över och som i sin tur kan ha påverkat och format projektet. Deltagarnas reflektioner har gett upphov till nya frågor som ställts till samma och andra aktörer o s v. Analysen och datainsamlingen har skett om vartannat och är svåra att skilja åt.

I forskning skiljer man ibland mellan studier där en teori testas på empiri (teorin styr då vilka data som samlas in och data analyseras utifrån teorin) – en deduktiv ansats – och studier där empirin kommer först och sedan struktureras med eller utan teori (eventuellt kommer teori in i slutet som en möjlig tolkning av materialet) – en induktiv ansats. Det är dock svårt att föreställa sig forskning utan någon form av teori. Skillnaden kanske snarare ligger i att teorin inte är uttalad i en induktiv ansats. I den här studien är det svårt att skilja teori, empiri och metod åt. Givetvis fanns teorier/perspektiv på forskning och behandling redan innan datainsamlingen påbörjades, bl a översättningsperspektivet. Teorier har på så vis bidragit till formulerandet av frågor. Samtidigt har fältarbetet bidragit till att teorier om projektet och tvångsvård utvecklats och därefter i sin tur bidragit till nya frågor. Återigen gör sig den oavslutade processen påmind.

Ett annat begrepp som kommit att få betydelse för meningsuppbyggandet i implementeringsstudien och som kommit att bli centralt i analysen är *manipulation*. Manipulation är ett ord som kan sammanfatta vad en del behandlare uttryckte om vad deras klienter ägnade sig åt. Manipulation kom att forma min syn på vad behandlarna med de utvalda metoderna försökte göra med klienterna. Manipulation var en del av förståelsen av vad staten försökte åstadkomma i relation till kommunerna. Manipulation förstås i detta sam-

manhang som tal som är indirekt avseende dess syfte – att inte tala om vad man vill åstadkomma utan försöka nå målet på omvägar.

Målet för föreliggande studie kan sägas vara att avtäcka "manipulationen" – att försöka förstå vad aktörer försöker åstadkomma med sitt tal. Vad är det "egentligen" den här personen/projektet/åtgärden/metoden försöker göra? I försöket att få svar på frågan är det väsentligt att förstå vem talet riktar sig till och i vilket sammanhang det uttrycks. För att få svar på frågan går jag utöver det som sägs och gör tolkningar av det som sägs. Tolkningarna kan dock inte hållas isär från orden som uttalas då vi genast när vi hör dem fyller dem med mening. I synnerhet i ett forskningsprojekt dokumenteras orden på olika sätt och blir föremål för nya tolkningar och ges nytt innehåll. Mening från en aktör relateras till mening från en annan aktör och på så vis ökar betydelserna i antal och en mer komplex förståelse görs möjlig. Det här beskriver både processen i studien och vad texten vill ge läsaren. Vad som "egentligen" försöker åstadkommas med talet är inte möjligt att ge ett svar på. Men genom *försöken* att göra det omöjliga – svara på frågan om "egentligen" – kan vi nå flera intressanta aspekter på det som uttrycks i projektet. Manipulation ska här inte uppfattas som något negativt utan som något vi alla ägnar oss åt när vi kommunicerar med andra. Manipulation kan ses som förhandling om betydelser, eller som en översättning. Det jag gör i utvärderingen är att vaska fram olika översättningar och relatera dem till varandra.

Genomförande och material

Sedan våren 2005 till årsskiftet 2006/2007 har material som beskriver arbetet och olika perspektiv på arbetet inom VKP-projektet insamlats. Inledningsvis genomfördes intervjuer med projektledaren, sekreteraren från LVM-utredningen, CRA-utbildaren/handledaren, två personer från socialdepartementet, samordnarna i grupp och institutionscheferna i grupp. Därutöver deltog forskarna vid möten i projektgruppen, styrgruppen och arbetsgruppen. Samtliga kommuner och stadsdelar besöktes också under 2005 för en sondering av socialtjänstens organisering av missbrukarvården. Samtliga genomförda intervjuer har spelats in på mp3-spelare och senare transkriberats. Även kommunbesöken spelades in. Vid deltagande på möten fördes noggranna anteckningar.

Under hösten 2005 och första halvan av 2006 genomfördes fältarbete i respektive kommun/stadsdel under en veckas tid.¹⁸ Fältarbetet innebar att forskaren följde respektive samordnare i dennes arbete. Då samordnarna ansågs vara de som i högre grad än övriga involverade aktörer skulle arbeta koncentrerat med Vårdkedjeprojektet utgick denna datainsamling av praktiska skäl från samordnarnas arbete, men det innebär inte att andra aktörer (ex. socialekreterare) ignorerats under detta fältarbete. När samordnare deltog

¹⁸ I några kommuner kompletterades fältarbetet med 1–2 dagar under hösten, då det av praktiska skäl inte gick att genomföra en sammanhängande vecka under våren.

i möten med klienter, socialsekreterare och andra deltog även forskaren och när samordnaren arbetade med administration dokumenterades det. Under bilresor, i slutet av en fältarbetsdag och fältarbetsvecka genomfördes kortare informella intervjuer med samordnarna och i samband med fältarbetet genomfördes även intervjuer med främst socialsekreterare som var involverade i samordnarens arbete under veckan (oftast handläggare för klienter som ingick i projektet). Från dessa fältarbetsveckor finns således ett omfattande material bestående både av intervjuer, observationsanteckningar och mötesanteckningar.

Under hela datainsamlingsperioden deltog forskare även vid möten i de till projektet knutna grupperna – arbetsgrupp, styrgrupp, projektgrupp, träffar på institutionerna, brukarråd, CRA-grupp och samordnarträffar. Vissa grupper besöktes flera gånger och andra vid enstaka tillfällen, men forskaren hade inte möjlighet att delta vid samtliga träffar i något fall. I flera fall har dock anteckningar från möten insamlats i efterhand. Vidare har dagbok förts under hela utvärderingsperioden. Denna innehåller allt från dokumentation om aktiviteter som forskarna utfört/deltagit i, fältanteckningar till reflektioner kring projektet och olika moment i fältarbetet.

Under hösten 2006 genomfördes ett flertal intervjuer. Samtliga medlemmar av styrgruppen, utom representanterna från Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting, vilka inte tyckte att de hade något att bidra med, intervjuades i cirka en timme. Socialtjänstcheferna som ingår i styrgruppen kallas i citaten för IFO-chefer (chefer för Individ- och familjeomsorg inom socialtjänsten). Fokusgruppsintervjuer genomfördes med samordnare, deltagarna i arbetsgruppen (inklusive socialarbetare från kommunerna), institutionscheferna (inklusive ytterligare en person från respektive institution), två till tre personer på varje institution. Projektledaren och dennes chef intervjuades var för sig och ytterligare några socialsekreterare i kommuner där sådana intervjuer inte hunnits med i särskilt stor utsträckning under fältarbetet i varje kommun/stadsdel. Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades.

Intervjuerna byggde på teman som till stor del återkom i samtliga intervjuer, men som varierades beroende på intervjupersonernas position i projektet. Temana utgjorde ett stöd vid intervjuerna som dock hölls relativt öppna med möjligheter till utveckling och oväntade vändningar i samtalet. Intervjuerna kom att behandla likartade teman, men varierade i både omfattning och innehåll beroende på personernas närhet till och intresse av projektet.

Totalt sett är materialet mycket omfattande, men givetvis är det många personer som kommit i kontakt med projektet på olika sätt som inte fått möjlighet att göra sig hörda. Det handlar främst om socialsekreterare och behandlare av klienter som ingår i projektet och personal på institutionerna. Det ska hållas i minnet att utvärderingen inte kan ge någon heltäckande bild, ens av de synpunkter som framförts av dem som har intervjuats.

Bearbetning av materialet

Som nämnts består materialet av text – anteckningar och transkriberade intervjuer. Under själva datainsamlingen fördes även dagbok. Som också nämnts skedde analysarbetet parallellt med datainsamlingen och påverkade denna. I dagboken kan denna process delvis följas liksom genom de frågor som ställts efterhand. Utifrån dessa dagboksanteckningar (på ca 60 sidor), liksom andra sammanställningar som gjorts under arbetets gång (bl a för redovisning av preliminära resultat vid konferens) och vad projektet sedan inledningen angivit som centralt skapades en struktur för föreliggande text. Hur VKP i stort, planeringen och genomförandet av VKP, samordnarfunktionen, samarbete, utbildning/kompetenshöjning, de nya metoderna, eftervård, brukarperspektiv, tvångsvårdens användning och missbrukarvårdens utveckling i stort uppfattats/avgränsats/implementerats är de centrala "teman" eller frågor som den första sonderingen gav upphov till. Även preliminära "analyser" eller tankegångar inom dessa teman antecknades i form av nyckelord. Därefter påbörjades bearbetningen av övrigt material som i sin tur gav upphov till underrubriker, nya frågor och nyckelord. Intervjuerna och anteckningarna från fältarbetet lästes igenom och understrykningar/markeringar av sådant som hörde till olika teman gjordes. Utifrån denna genomgång författades stommen till analysen. Vad olika röster uttryckt inom de olika temana sammanställdes, tolkades och förhölls till varandra i text. Vid en andra genomgång av materialet lästes enbart understrykningarna igenom. De uttalanden eller anteckningar som bedömdes bäst kunna spegla det som redan uttrycktes i texten (med en del modifieringar som var effekten av att en ny genomläsning ger upphov till nya perspektiv och tolkningar – utgångspunkten är inte längre densamma som vid första läsningen) plockades in i texten och förekommer där som citat.

Presentation av materialet

Ambitionen är att så många röster och perspektiv som möjligt ska presenteras. Så långt möjligt kommer de som intervjuats att vara anonyma, men i en del fall är det inte möjligt då personens position är unik och det är viktigt för förståelsen att förmedla personens position i projektet. Vad gäller de klienter som deltagit i VKP och som påträffats i fältarbetet och vars historier utgör en del av det insamlade materialet har dessa anonymiserats. Det innebär att särdrag i klienters historier som skulle kunna utgöra en grund för identifiering har ändrats eller uteslutits. Denna typ av anonymisering påverkar givetvis vår förståelse av deras situation, men klienternas situation är i denna del inte särskilt central utan det är främst andra aktörers ageranden som är av vikt. Historierna har ändrats på ett vis som så lite som möjligt bör förändra vår uppfattning av aktörernas resonemang och hantering.

I flera fall kommer presentationen att innehålla beskrivningar av en grupp aktörers synpunkter/erfarenheter, med citat som exemplifiering. Dessa grup-

peringar innebär givetvis att vissa avvikande åsikter inte alltid kommer att redovisas. I analysen är flera kontrasteringar intressanta. Det gäller exempelvis jämförelser mellan olika kommuner/stadsdelar och mellan olika aktörer, exempelvis jämförelser mellan institutionspersonal och socialtjänstpersonal. Utifrån temana redovisas olika aktörers synsätt och specifika fall/citat som speglar dilemman, problem eller olikhet i perspektiv och är särskilt lärorika.

Till en början redovisas olika aktörers syn på, eller konstruktioner av Vårdkedjeprojektet mer specifikt (på ett sätt kan dock hela redovisningen ses som olika konstruktioner av VKP). Därefter redovisas resonemang inom de andra centrala områden som valts ut och slutligen förs en diskussion om projektet som helhet.

I citaten har upprepningar och uttalanden som ansetts oviktiga i sammanhanget uteslutits och ersatts med [...] för att minska mängden text. Vid transkriberingen av intervjuer har det ibland varit svårt att höra vad som sägs på inspelningen och i sådana fall har det markerats i citaten som [ohörbart]. Det innebär att respondenten kan ha sagt något utöver det som står i citatet. I några fall förekommer kommentarer som förklarar vissa uttalanden i citaten och dessa har markerats på följande vis: [kommentar]. De som transkriberat intervjuer har ibland markerat betoningar genom att skriva betonade ord med versaler, men eftersom olika personer transkriberat materialet och använt sig av möjligheten att markera betoningar i olika stor utsträckning har versaler genomgående ersatts med gemener i citaten i rapporten.

Vad är VKP?

När jag frågat olika aktörer om vad VKP är och vad syftet med projektet är har jag fått en mängd olika svar. Det handlar dels om olika uppfattningar av vad projektet faktiskt går ut på och om att olika aktörer betonar olika inslag i projektet. En del svar, särskilt från dem som är väl insatta i projektet, är jämförbara med vad som står i uppdrag och projektplaner, medan andra svar tycks se till intentionerna bakom. Man ska dock komma ihåg att VKP är ganska perifert för de flesta personer som arbetar inom de kommunala socialtjänsterna. De flesta handläggare har inga, ett eller ett fåtal LVM-ärenden och chefer ansvarar för flera verksamheter där tvångsvårdsärenden utgör en mycket liten del.

”...ibland har det varit mest rapporter men det har ändå varit bra för mig att få de rapporterna och tänka kring frågan för att hur det än är så är antalet klienter som är i LVM-vård en väldigt liten del av verksamheten. Jag menar, det rör sig om två, tre, fyra procent. Så att det är svårt att ha frågan ständigt på dagordningen.” (Fokusgrupp socialtjänstrepresentanter 061213)

Styrgruppens ordförande från SiS betonar höjd kvalitet och meningsfullhet avseende vården och förbättrat samarbete/kollegialitet på frågan om vad som är det mest centrala:

”Det finns ju många saker men om man graderar det lite va, så alltså det mest centrala syftet det var ju att göra LVM-vården mer meningsfull. Det var ju väldigt mycket signaler, tycker jag, om ja, de är här hos oss och sedan är de lite grand på paragraf 27-hem och sedan skickar man hem dem till en snödriva. What’s the point, liksom. Eller, alltså det här till bostadslöshet och det är, liksom, precis att bara börja om, va. Alltså meningslösheten i att visst, den här personen är döende och då har man en lagstiftning som gäller. Då får vi lyda den och så tas den in på LVM och sedan så är det att alla vet att det här är så meningslöst. [...] Visst man räddade livet i stunden, va och så men det att, att öka meningsfullheten. Det vill säga möjligheten att den här vården som bedrivs faktiskt gör varaktig skillnad i livet för den här individen. Det var ju för mig det absolut, mest motiverande syftet, va.” (Styrgruppens ordförande, 061219)

”Ett annat syfte är ju, eller var ju... Det var ju faktiskt att, att stärka samarbetsform, eller egentligen så här, va, få socialtjänsten att ha en mer nyanseerad och mer positiv och mer kreativ inställning till LVM, va. Att vara, att få med, alltså att öka kollegialiteten mellan våra institutioner och socialtjänsten. Att när, att vi är, alltså... Vi har i grunden precis samma uppdrag, vi jobbar enligt samma lagstiftning. Vi har ungefär samma utbildning. Men den ena är statligt anställd och den andra är kommunalt anställd, va, men vi är ju kolleger i förhållande till de här klienterna. Och det... Att stärka, liksom, den känslan. Också det i och för sig utifrån att till klientens bästa men också utifrån att LVM-vården behöver ses på, och ställas krav på, så att det motsvarar lite höga förväntningar från socialtjänsten, va. Vi behöver jobba med LVM-vården ur ett kvalitetshöjande perspektiv.” (Styrgruppens ordförande, 061219)

Nedan följer andra aktörers röster om syftet med projektet som visar på variationerna i svaren:

”...så är det väl just det här att kunna förbättra...eh...så att säga övergången från tvångs till frivillig vård, att det var det som var det ursprungliga syftet då.” (Utbildaren/handledaren i CRA, 060516)

X: Ja, det är väl på något sätt att få LVM...LVM-funktionen att bli bättre och så, och kanske också skapa ett förtroende för den...institutionen liksom.

JP: Hos...kommunen eller?

X: Ja, att få...men också en vilja till att, att förbättra den.” (Socialsekreterare, Maria Gamla stan 051005)

”Att gå ut att få kommunerna att se att det går inte bara med den här korta LVM-tiden och sedan tro att folk är friska efter det så.” (IFO-chef, Eskilstuna 061218)

”Ja, man vill ju åstadkomma, naturligtvis, att vi ska ha fokus på den här klientgruppen.” (IFO-chef, Örebro 061128)

”Ja det är ju att inte släppa klienterna när de går ut ifrån LVM. Utan att de ska få en bättre chans till en, ja... en relevant vård.” (Fokusgrupp Hornö 061205)

Ett exempel på tolkningar av de bakomliggande intentionerna handlar om att staten med projektet försöker styra de till stor del självstyrande kommunerna, vilket några av citaten ovan pekar på. I en intervju med representanter för socialdepartementet uttrycker en handläggare, när vi talar om de medel som allokerats till missbruksområdet, som VKP är ett av flera uttryck för, att den ansvarige ministern ville göra en satsning riktad till de allra tyngsta missbrukarna. Det fanns en uppfattning om att LVM inte utnyttjades i den utsträckning som det borde och satsningarna skulle ses som ett sätt att ”uppgradera LVM-vården”. VKP beskrivs som ett sätt att påbörja resursförstärkningarna för denna grupp i väntan på medel för en större satsning. Ganska oväntat, i och med att pengar frigjordes från försvaret, sattes det också igång ett projekt strax efter VKP som kom att kallas Ett kontrakt för livet. Från departementet uttrycks också att satsningarna är ett sätt att påverka kommunerna att satsa på gruppen ”tung missbrukare”, vilket de inte kan göra genom att rikta medel till kommunerna, men vilket är möjligt genom SiS som ju, enligt en av utredarna är ”vår egen firma”. Det här väcker en del funderingar som jag kommer tillbaka till, dels när jag tar upp frågan om hur och när och för vilka LVM ska användas.

Även andra aktörer uppfattar projektet som en styrning av kommunerna. Chefen på Enheten för hemlösa talar om nedgången i antalet LVM-placeringar som en orsak till projektets tillkomst, vilket hon relaterar dels till kostnaderna för LVM-vården och att det inte går bra för klienterna sedan de lämnat institutionerna. Bland några intervjuade tolkas syftet som ett försök att få både kommun och stat att närma sig varandra och tillsammans skapa ett sammanhang i vården och öka förståelsen för den andre. Den underliggande önskan, eller det man vill komma åt, kan också uppfattas som att rädda tvångsvården, som hade sjunkit i popularitet.

”Ja, ja alltså det är klart att man kan säga då att Morgan Johansson hade god, gott förtroende för vår verksamhet och såg det som att vi var en del av lös[-ningen], en del, för jag menar man måste ju titta över en massa pengar som går åt andra håll, va. Men vi var en del av det som skulle kunna hjälpa väldigt utsatta missbrukare, ja.” (Styrgruppens ordförande, 061219)

Det tycks också inom projektet ha funnits en slags värdering av kommunerna utifrån i vilken utsträckning de använder LVM. Av dem som inte använder LVM i särskilt hög utsträckning krävdes i viss mån förklaringar, medan det inte gällde dem som använde LVM i hög utsträckning. Samordnarna beskriver

också angående situationen vid projektets inledning en slags tävlan mellan samordnarna om antal klienter.

”När jag tänker tillbaka så tänker jag att det går ju inte att komma ifrån att det finns ju också ett visst konkurrensförhållande, alltså ni kommer ju ihåg [ohörbart] ”jag har en klient”, liksom, ”du har ingen klient”...” (Fokusgrupp samordnare 061122)

”...vi hade naturligtvis inte blivit uttagna om vi inte hade så många LVM som vi hade så vi har ju ändrat helt inriktning. Och det gynnar ju inte SiS, men så ska man ju inte säga, men det gynnar ju klienterna att vi har gjort det.” (IFO-chef, Katarina Sofia 061103)

Däremot framkommer att Örebro, som en följd av sin medverkan i projektet, tycks ha börjat fundera över varför de har så många LVM-placeringar i jämförelse med övriga kommuner.

”Alltså jag tycker en liten tendens i Örebro att man har lite färre LVM och att man också har tagit ett § 13 beslut som sen inte har blivit en § 4 så har de inte gjort förut tycker jag. Men det kan ha att göra med att de har ju inom soc. [socialtjänsten] frågat väldigt mycket hur de andra kommunerna i projektet gör och att de tycker det har varit intressant att Stockholm t ex jobbar nästan helt på frivilligheten och inte använder LVM alls så mycket. Att jag tror det har väckt lite diskussioner faktiskt hur man skall använda LVM i Örebro.” (Fokusgrupp samordnare 061122)

Men, projektet beskrivs inte enbart som ett sätt att manipulera/få kommunerna att ta ansvar, utan det finns även beskrivningar som går ut på att projektet vill få institutionerna att ta ett större ansvar. Från socialtjänstens sida upplevs projektet som positivt för att det ställer högre krav på SiS. När det gäller institutionerna och höjningen av kvalitén där tycks ambitionen ha varit mer öppen och finns med i projektplanen. Även detta inslag kan dock uppfattas som ett led i att få kommunerna att fatta fler beslut enligt LVM. De ska lockas med högre kvalitét. Och som kommer att framgå längre fram i rapporten tycks också förtroendet för SiS ha ökat i och med projektet.

Andra beskrivningar av projektet och dess syfte handlar mer om det som nämns i uppdraget till SiS, nämligen att förbättra eftervården, vilket de flesta tycker är önskvärt, sammanlänka tvångsvården med eftervården, att skapa bättre samarbete, att hitta ”vettiga metoder och alla jobbar åt samma håll” (Projektledaren, 050630) o s v. Den här typen av svar är givetvis väntade och ”riktiga”, enligt det uttalade syftet, men ger också upphov till en hel del frågor. Vad innebär ett bra samarbete, vad är bra eller sammanlänkad eftervård och vad är vettiga metoder? Dessa frågor kommer delvis att belysas längre fram i rapporten, men det kan nämnas redan nu att det är svårt att få några mer elaborerade och samstämmiga svar på dem. Det tycks vara så att det oftast

tas för givet vad som menas med uttrycken och att de därför inte kräver en mer djupgående reflektion.

Det som, något oväntat, inte tas upp i särskilt stor utsträckning vid samtal om syftet med VKP är klienterna och vad dessa förväntas uppnå efter vården. I VKP:s målbeskrivning står bl a följande *"att de klienter som ingår i Vårdkedjeprojektet uppnår positiva och bestående förändringar av sin livssituation"*. Trots denna formulering är det alltså förvånansvärt få som talar om VKP:s syfte i termer av förväntningar för klienternas del, förutom att de ska få bättre vård. Det ges inte heller någonstans någon beskrivning av vad som menas med *"positiva och bestående förändringar"*. I samtal med samordnare och andra som arbetar med klienterna betonas snarare hur svår denna grupp klienter är och hur man inte kan förvänta sig särskilt mycket. Misslyckanden, som återfall, omtalas i uppgivna ordalag. Misslyckandena är mer eller mindre förväntade även om många även uttrycker besvikelse eller oro. Kanske kan man dock uppfatta talet om bättre samarbete, bättre metoder som att det har det underliggande syftet att hjälpa och skapa en bättre situation för klienterna? Mot slutet av projekttiden mötte jag ofta personer som beskrev projektet som lyckat och ibland till och med som en succé. Då det inte fanns några beskrivningar eller sammanställningar av hur *"det gått för klienterna"* uppfattade jag dessa uttalanden mer som ett uttryck för att olika aktörer uppskattat projektet. Från projektets ledning uttrycker man en tillfredsställelse med spridningen av idén om kedjor, samordning och methodsatsningen. Huruvida projektet lett till positiva och bestående förändringar för klienterna tycks underordnat även i resultatsammanhanget.

Planeringen och genomförandet av VKP

I detta avsnitt vill jag ta upp projektets initiering, planering och organisering. Det bör dock hållas i minnet att utvärderingen planerades/startade först efter att projektet redan pågått i ca ett halvår. Jag hade därmed ingen möjlighet att följa projektet i dess inledning. Däremot har jag i intervjuer fått ta del av olika aktörers uppfattningar om vad som skedde inledningsvis. Vidare har organiseringen (i form av olika grupper och centrala aktörer) i stort varit densamma under hela projektet.

I det stora hela kan sägas att projektet har haft ett *"uppifrån och ner"*-upplägg. Det har påpekats från kommunerna att detta är SiS projekt – de har inte varit med i planeringen av det och fick det mer som ett erbjudande. Men även institutionscheferna menar att projektet kunde varit bättre förankrat och skulle önskat en större inblandning i planeringsskedet. Citatet nedan från en fokusgruppsintervju på en av institutionerna visar också att projektet *"störde"* arbetsrutinerna, vilket möjligen hade kunnat undvikas om förberedelserna hade varit mer omfattande.

"X: Erfarenhetsmässigt, så är det ju det att det var ingen riktigt rolig inkörningsperiod, tycker jag då. Det kom in fler aktörer i spelet och våra rutiner

sattes ur spel lite grann och de försökte skaffa sig nya rutiner. Så det var lite jobbigt i början kan jag tycka.”

”Y: Men, vi hade ju ingen struktur, vi hade ingen struktur kring det här, hur det här skulle hållas. Och vem som skulle hålla i den ena delen och fylla i papperna och det och det vart ju missförstånd och så vart det ju lite taggigt mot varann istället då. Det vet jag hos oss var det ju flera gånger så. Vi hade ju inte fyllt i det där vårdkedjepappret och ingen...”

”Y: och vi visste inte ens att vårdkedjan skulle vara med många gånger. De bara dök upp ihop med soc-besöket. Det var ju också så. Då är det inte lätt att förbereda det.” (Fokusgrupp Hornö 061205)

Flera aktörer, de flesta, uttrycker att projektet var relativt oplanerat och oklart i inledningen. Regeringsuppdraget och pengarna till SiS kom snabbt och sedan gällde det att komma igång (liksom i fallet Kontrakt för livet). Förankringsfasen blev kort, utbildningen av personal skedde efterhand. På frågan om de kände att de hade möjlighet att påverka projektets utformning svarade de flesta att så inte var fallet. Det gäller även socialtjänstchefer och institutionschefer. Följande citat från en av samordnarna angående vad man borde göra annorlunda i ett nytt liknande projekt och upplevelsen hos en socialtjänstrepresentant visar på brister i just det avseendet. Från en annan socialtjänstrepresentant påpekas att de inte var förberedda i kommunen på vilket arbete projektet skulle innebära för dem. De hade uppfattningen att de mest skulle ”få” och inte behöva ”ge” så mycket själva.

”Och sedan om man startar ett projekt mellan stat och kommun att, att kommunen blir delaktig i utformandet av en handbok [allmänt medhåll]. Att det inte får bli så att SiS kommer med en handbok och ”jobba efter det här” utan några socialsekreterare, gärna de som jobbar, är delaktiga i utformandet så att det känns som att det här blev kommunens projekt det är inte som det här projektet eller SiS som är projektet.” (Fokusgrupp samordnare 061122)

”Jag pratade med [namn på samordnare], vår samordnare, igår och då sade hon någonting om att det var viktigt att det skulle vara ett gemensamt projekt och då slog det mig att jag har inte någon gång haft känslan att det är ett gemensamt projekt. Det är SiS projekt som jag deltar i på ett eller annat sätt. Och då har jag tänkt att det är nog för att jag kom in sent, jag var inte med från början men det är nog kanske inte så utan det är SiS projekt och vi är inbjudna som gäster mer.” (Fokusgrupp socialtjänstrepresentanter 061213)

Det finns dock undantag, som en socialtjänstchef som menar att ”vårdkedje-projektet var nog rätt så väl genomarbetat innan det satte igång” och jämför med ett eget projekt som de inte klarade att genomföra p g a att det var dåligt

och hastigt planerat. Men, de flesta uttryckte som nämnts motsatsen. När det var ungefär ett halvår till några månader kvar av projekttiden var det flera personer som uttryckte att det var först då som det började fungera som det var tänkt. Här är två exempel:

”Det är ju så att dom som ibland sitter och gör såna här forskningsplaner har ibland lit...alltså dom har nån inblick, men dom underskattar så att säga allt som krävs för att kunna implementera och sprida kunskaper i såna här komplexa organisationer. ... och då så sa både hon och jag att egentligen så är det ju NU [några dagar innan denna intervju då X träffat en samordnare] som det liksom börjar landa och man skulle kunna känna att ja men nu, nu är det liksom dags att börja jobba på allvar med det här.” (Utbildare/handledare i CRA 060516)

”X: Det är ju, är så typiskt för nu när man börjar hitta formerna lite grann, för nu tycker jag ändå att det börjar flyta.

Y: Jag med, tycker det.

X: Då försvinner det här projektet.

Y: Jo för det, det har ju varit mycket taggar...” (Fokusgrupp Hornö 061205)

Från samordnarnas sida blev oklarheten och otydligheten avseende deras roll och arbetsuppgifter påtaglig. Vid den sista gruppintervjun med samordnarna talar vi om utformningen av samordnarrollen, vilken kommer att tas upp i nästa avsnitt, men jag ville här belysa med några citat hur rollen/funktionen var något som inte var tydliggjord utan fick utvecklas efterhand av varje samordnare för sig.

”Ja, men alltså vad är det för hantverk? Vad är det vi ska göra för någonting och, liksom, när är det lagom och när ska man backa och när ska man, liksom, och ja, sedan ska man möta andra personer som var, om möjligt, ännu mer förvirrade. Alltså, institutionerna, vad förväntade sig de och hitta in där och ja, det var en rätt snurrig tid. Tyckte jag. Plus att vi hade dessutom en massa klienter. Det var ju, liksom, också jobbigt! [Skrattar till] Ja, men många nya situationer och hela tiden lös det, lös det, lös det. Hela tiden.” (Fokusgrupp samordnare 061122)

”Men om man hade tänkt sig, om man tänkt sig att samordnaren skulle [ohörbart] metoder, att man ska kunna jobba med behandling också då borde man ju då rimligtvis utbilda samordnarna i april. Så att utbildningen hade varit klar och sedan att man har någon form av, man [ohörbart] av någon gång på hösten. Men inte att allting packas där, klientintag, utbildningar, lära känna på institutionen, [ohörbart], ja för er även i kommunen ni kom till nya arbetsplatser och även på kommunerna. Alltså det är klart

att det är jättemånga moment som skulle klaffa just den hösten.” (Fokusgrupp samordnare 061122)

En annan fråga gäller ledningen av projektet. Det framgår i kontakten med samordnarna att dessa arbetar mycket självständigt utan tydlig ledning upptriffrån, något som de inte är så nöjda med (se citatet nedan). De har inte särskilt mycket kontakt med sin chef i det dagliga arbetet. Det är givetvis delvis en effekt av att samordnarnas arbetsplatser i de flesta fall inte ens ligger i samma stad som chefens arbetsplats. Men, projektledaren uttrycker själv en annan förklaring när han säger att det var en ”överoptimistisk planering” av hans funktion/tjänst. Projektledaren har inte enbart fungerat som projektledare för VKP utan även haft ansvar för annan verksamhet inom SiS. Det förefaller vara så att projektledaren inte haft tid inom sitt arbete att vara arbetsledare för samordnarna som han och andra kunde ha önskat.

”X: Jaha? För det tog vi ju upp då innan jag slutade att man ville ha en arbetsledare.

JP: Mm, precis.

X: För det, alltså jag har full förståelse för jag tycker inte att det är rätt att [projektledaren], sedan kan han ha ansvar för projektet men en arbetsledning behöver man ha. Av en, liksom, en människa, av kött och blod. Som träffar gruppen och som...” (Fokusgrupp samordnare 061122)

”För du vet ju att jag reagerade när jag kom in att jag tyckte att det var så otroligt löst i konturerna på de här träffarna vi hade och då var ju [projektledaren] med i början. Så att det kändes rätt så meningslöst. Sedan försökte vi oss på just lite dagordning och planera och så men... Sedan försvann ju han iväg. Sedan har vi ju försökt på vårt sätt då.” (Fokusgrupp samordnare 061122)

Vad gäller organiseringen av projektet har vi i *Introduktionen* beskrivit de olika grupper som tillskapades i projektets inledning. Det gäller styrgrupp, arbetsgrupp, projektgrupp, brukarråd, samordnarträffar och CRA-grupp. Grupperna, eller i alla fall en del av dem, kan uppfattas som en del av förankringen av projektet. Genom att samla socialtjänstcheferna ges projektet legitimitet och en försäkran om att kommunerna är ”med på tåget” (Projektledaren 061129). Det rör sig om totalt många aktörer och nivåer som ska (ha möjlighet att) säga sitt och informeras om projektets fortgående. De flesta deltagare av de nämnda grupperna har intervjuats för utvärderingen, antingen i grupp eller enskilt, och de flesta utom de som ingår i SiS projektgrupp och samordnarträffarna uttrycker att de inte vet vad deras grupp syftar till och att den främst tycks vara ett forum för information – information från SiS huvudkontor (HK) till dem. Det innebär inte att de är missnöjda med sitt deltagande i gruppen, men att de inte tycker att gruppens namn tydliggör vad de sysslar med (styr- och arbetsgrupp). Vidare förekommer

en uppfattning att grupperna fungerar som isolerade öar som inte hänger samman särskilt väl.

”Fast det som du frågade innan om ledning och så vidare på organisationen och inom projektet, det finns ju den här styrgruppen, projektgruppen och de är ganska, och arbetsgruppen som vi sitter med i, och de är ganska... Den enda gemensamma nämparen ja, och nu pratar vi om vårdkedjeprojektet och så finns [projektledaren] med [skrattar till] i samtliga grupper. Men vi har ju ingen naturlig koppling till styrgruppen, det är jättesynd. Vi får ju inte läsa deras protokoll eller...” (Fokusgrupp samordnare 061122)

”Och det är ju svårt att veta för den informationen som [projektledaren] får från arbetsgruppen, till exempel, som man förhoppningsvis... Vissa delar för han säkert vidare till styrgruppen som har mandat och fattar beslut. Men vi, vi vet ju inte vad det är för någonting och vi kan inte påverka det.” (Fokusgrupp samordnare 061122)

Några exempel på uttalanden om oklarheterna om styrgruppens roll:

”X: Jag tycker att det har varit en diffus grupp. Jag har inte förstått syftet med den.” ”Mm, det har inte varit någon styrgrupp, inte så som jag tänker en styrgrupp.” ”Nej, vad var... Alltså den har varit väldigt fokuserad, alltså SiS-styrd. Med deras frågor som eh... Nej.”

JP: Vad tycker du att det är man har gjort där då? Eller vad har hänt när ni har träffats i den här gruppen och [ohörbart].

X: Avrapportering. Lite allmän så.” (Intervju m socialtjänstchef, Örebro 061128)

”X: ja vi har fått bra information hela tiden. Och sen är det ju bra kontaktnät också. För mig är det ju ett bra kontaktnät.

JP: Ja det förstår jag.

X: Och att jag fått väldigt bra information hela tiden. Men sen när jag börjar tänka på vad som egentligen är uppdraget.

JP: Vad styr ni för någonting?

X: Precis. Det kan jag inte svara på. Jag vet inte.” (Intervju m socialtjänstchef, Katarina Sofia 061103)

Även Uppsalas representant ser styrgruppen i huvudsak som en avrapporteringsgrupp, men ser också att de fattat vissa beslut:

”Jaa... Jo, alltså det, vi har ju pratat om frågor där vi har, så att säga, kunnat fatta vissa beslut eller tycka till om vissa saker. Om utvärderingen, till exempel. Vad vi, vi pratade ju om den någon gång sådär. Men sen får jag ju säga jag, precis som andra, jag har ju inte kunnat vara med på varje möte.” (IFO-chef, Uppsala 061127)

Många deltagare i styrgruppen beskriver positiva sidoeffekter av deltagandet i gruppen, vilka i huvudsak går ut på att de fått mer inblick i SiS arbete och ett kontaktnät i form av representanterna från övriga kommuner, vilka de också lärt sig en del av. Uppsalas representant talar om ökad inblick i arbetet med "missbrukare" generellt (se citat nedan). Representanten från Enheten för hemlösa menar att styrgruppen inte bara gett henne själv ökad kunskap om LVM, SiS, vårdkedjor, den har också varit en förutsättning för att det ska fungera i praktiken. Hon menar att det är viktigt att chefen är insatt och kan "understödja utvecklingen på fältet".

"Så har det varit oerhört lärande för mig när det gäller missbruksvård. Alltså få höra från andra kommuner hur de tänker och tycker och den bilden jag skaffade mig här hos dem. Ja, den var inte så olika egentligen kanske från andra ställen och så där och." (IFO-chef, E-tuna 061123)

"Ja, jo, men alltså på så sätt att jag har ju varit tvungen och sätta mig in i hur det är, till slut då hur de har det som jobbar med missbrukare. Och att det har fått de frågorna i fokus. Det tycker jag att vi har fått då." (IFO-chef, Uppsala 061127)

Jag tog i avslutande intervjuer upp frågan om styrgruppens informativa karaktär och deltagarnas upplevelse av den med de två personer som jag definierar som projektledningen inom SiS HK. Deras reaktioner och respons är viktig. De menar att även om deltagarna inte själva upplever värdet av sitt deltagande för projektet så har de fyllt mycket viktiga funktioner som dock är svåra att ta på eller mäta. Projektledaren menar också att styrgruppen inte varit så styrande även om vissa frågor tagits upp där och att vissa beslut inte hade fattats om inte styrgruppen hade stöttat dem. Att dessa chefer är delaktiga, ser vikten av projektet och är insatta i det som sker i projektet får en indirekt inverkan på deras lokala arbete och andras arbete på lokal nivå, menar de.

"Nej, de har ju blivit som en typ av observatörer, liksom, som har varit med. Så det kanske, tror jag blir, har varit värdefullt för spridning och så där va men som styrning har det ju inte varit riktigt så." (Projektledaren 061129)

"X: Styrgruppens uppgift har ju varit egentligen att eh, alltså, om man säger så här, få och ge information, va. Känna att man på en lite högre chefsnivå är mer inblandad, att man vet vad som händer, att man har en möjlighet att påverka det som händer och därigenom positivt påverka neråt i sin egen organisation, va. Styrgruppens uppgift handlar ju väldigt mycket om att ut, få skyddsänglar som ofta är så med styrgrupper, va. Funktionen är skyddsängel.

JP: Ja, det var en intressant metafor [skrattar till].

X: Ja, jo men det är det va [skrattar till]. Har, är jag i min position intresserad och trivs och tycker att det är kul att leda den här styrgruppen då har de här tre institutionscheferna fått en skyddsängel i mig, när det gäller det här projektet. Och likadant är det ju om de här fem socialcheferna är med på banan, va. Och tycker att "åh vad kul, vad trevligt och SiS och de lyssnar och vi diskuterar och vi kan utveckla och den där idén som vi kom med kunde man göra med så här, ja men den blev ju hörd, va så nu gör vi lite mer så här". Positiva ringar "ja då pratar jag med min enhetschef som pratar med sina socialsekreterare", mhm, mhm, va." (Intervju m styrgruppens ordförande 061219)

När det gäller arbetsgruppen, var den ju tänkt att, mer än styrgruppen, gå in på det konkreta arbetet och hur det kunde förbättras och underlättas. Men även arbetsgruppens deltagare beskriver sin grupp som en i huvudsak informativ och rapportering grupp. En förklaring från samordnarna handlar om en rädsla "att trampa någon på fötterna" och en rädsla att blotta sig. Det är svårt att diskutera lösningar om man inte kan tala om problemen, menar de. Mötena upplevdes inte som konstruktiva utan "platta". Projektledaren menar också att det var svårare att komma igång med arbetet i denna grupp, huvudsakligen beroende på att de var så många från olika verksamheter som inte kände varandra och därmed blev det "mycket rapportering i början". Att Enheten för hemlösa kom in i projektet och i gruppen gjorde att nya/gamla frågor lyftes, vilket också visade att de som varit med från starten arbetade på olika vis. Enheten för hemlösa satte också fokus på den svårare klientgruppen med s k dubbeldiagnoser, vilken jag återkommer till i avsnittet om Inställning till/ användning av tvångsvård.

"X: Och då har vi ju pratat om den här arbetsgruppen, att den hade ju kunnat vara jättebra verktyg egentligen för att få, liksom, skjuts på utvecklingen av projektet. Ett otroligt bra [ohörbart] verktyg hade det ju kunnat bli.

JP: Varför är det inte det då, menar du?

X: Därför att det bara har fungerat mer som något sorts avrapportering [får medhåll] Lägesrapportering, [projektledaren] rapporterar utifrån..." (Fokusgrupp samordnare, 061122)

"Jag har varit med i arbetsgruppen, jag kan ju börja när jag började. Jag tycker att det har varit en ganska otydlig funktion, jag tänker så där, när jag tänker tillbaka, jag pratade också med [ohörbart] på tåget att det har inte känts så mycket som en arbetsgrupp egentligen utan mer en informationsgrupp. Att vi har varit, det har varit bra, att vi har varit runt i de olika kommunerna och fått information om varandras arbete och vi har också informerat varandra om arbetet med vårdkedjeprosjektet men arbetsgrupp

känner jag det inte som att jag har varit med i. Det tänker jag är något annat som, liksom, driver arbetet framåt. Det tycker jag inte..." (Fokusgrupp med socialtjänstrepresentanter 061213)

Samordnarfunktionen

Samordnarfunktionen har kommit att bli det centrala och bärande inslaget i VKP. Därför kommer detta avsnitt att ägnas särskilt stort utrymme. Jag vill börja med en analys av benämningen "samordnare" och benämningar som beskrivits som närliggande, men ändå annorlunda – "case-manager", "personligt ombud". Jag vill även ta upp en del metaforer/liksnelser som använts av olika aktörer. Denna analys kan dels hjälpa till att skilja ut och definiera samordnare samtidigt som den talar om vad en samordnare inte är. Även anledningarna till avgränsningen är viktiga och jag kommer även att visa att olika aktörer betonar olika aspekter av vad en samordnare kan vara. Jag vill sedan även ge ett exempel på hur en samordnares arbetsvecka kan se ut. Syftet är att belysa hur mångfacetterat det praktiska arbetet är. Jag kommer sedan att ge olika aktörers bild av hur samordnarna skiljer sig åt och hur man tycker att de borde jobba.

Definitioner och avgränsningar

De personer som anställdes för att verkställa VKP kom att kallas för samordnare. Deras uppgift var att samordna vården som skulle erbjudas klienterna och därmed även samordna de aktörer som involveras i klienternas liv. Vad det innebär att samordna är dock mer komplicerat än så.

Ingen case-manager eller personligt ombud...

Samordnaren kan skiljas från en s k case-manager, vilket var benämningen på de centrala aktörerna i ett annat projekt som ville underlätta övergången från tvångsvård till eftervård i Skåne, det s k ESS-projektet (Eftervård Södra Skåne). En "case-manager" jobbar mycket intensivt i övergången från slutentill öppenvård och i ESS-projektet hade case-managern i princip daglig kontakt med klienten under denna period. De var ett stöd för klienten och hjälpte till med praktiska problem som klienten stod inför vid utskrivningen. Även samordnarna arbetar intensivt i övergången, men deras roll verkar skilja sig från case-managern genom att de inte arbetar lika nära klienten. I den avslutande fokusgruppsintervjun med samordnarna talade vi om samordnarfunktionen både i relation till case-managern och det personliga ombudet, vilka var de två roller som enhetschefen på SiS hade inspirerats från när samordnarrollen togs fram.

"Vi är ju inte tillgängliga på samma sätt som de [case-managers inom ESS-projektet] var. Så de jobbade mycket mer som ombud än vad vi faktiskt gör. Vi har ju båda delarna för vi samordnar ju vården som, i stort, så att

säga. Vi går inte med klienten på samma sätt. Vi har behandlingsarbete också.” (Fokusgrupp samordnare 061122)

”Sedan hur man, hur man alltså betar sig som ett ombud det är också, kan vara olika. Jag menar i vår roll så har vi känt, i alla fall jag uppfattar det som att vi ska, liksom, inte bli som klientens förlängda arm i den meningen utan alltså, vi finns ju med för att hjälpa klienten att hjälpa sig själv. Att visst förmedlar man saker och ting men man ska också bistå klienten till att själv komma till tals och förmedla det man vill förmedla. Att skapa rätta kanaler för det, liksom.” (Fokusgrupp samordnare 061122)

”Om man tänker så här att vårt uppdrag skulle vara överenskommelsen och det är ju vad klienten vill och har som mål och så vidare. Och det är även socialtjänsten som har sina mål, som man ska koppla ihop med det, och institutionen. Så det är ju tre uppdragsgivare till skillnad mot ESS-projektet [...]” (Fokusgrupp samordnare 061122)

I den första projektbeskrivningen står skrivet att samordnaren i det närmaste kan jämföras med psykiatrins ”personliga ombud” och i ett samtal med samordnarna nämner också någon att de ibland agerar som ombud. I samtal med flera andra aktörer framkommer dock att de inte ska fungera som personliga ombud då den rollen är mer fristående än samordnarens. Det ”personliga ombudet” för bara klientens talan i dennes kontakt med myndigheter, men samordnaren som ju är anställd av SiS har en mer komplicerad roll. De ska inte bara tala å klientens vägnar. Det har dock inte varit helt tydligt vems talan de i övrigt för. En del aktörer har kritiserat samordnarna för att i för hög grad ta klientens parti. Samtidigt har samordnarna vid presentationer av sin roll beskrivit för klienter att de kan hjälpa dem att få den hjälp de vill ha. En socialtjänstchef har också använt uttrycket ”försvarsadvokat” för att beskriva samordnarens roll. Det är en intressant metafor eftersom den implicerar att det finns något eller någon som klienten måste försvaras mot och att klienten står anklagad. Särskilt intressant blir det att socialtjänsten använder uttrycket, eftersom det kan tolkas som om klienten behöver försvaras mot dem själva. I något fall har framkommit att man, främst från institutionshåll, tycker att samordnaren arbetar för mycket utifrån klienternas önskemål eller tror på deras beskrivningar av en konflikt eller situation.

Inte heller socialsekreterarposition...

Samordnarfunktionen bör också skiljas från en socialsekreterarposition, vilket påpekats inte minst från institutionernas sida. Att döma av det tredje citatet från en socialsekreterare tycks det också finnas visst fog för deras oro.

”X: Ja, det har de gjort men samtidigt där så tycker jag man får passa sig så att de inte tar över socialsekreterarens roll, att vi låter dem ta över socialsekreterarens roll, det måste man vara observant på.

Y: Ja, utan de ska ju vara en spindel i nätet och... och ibland är det lätt hänt när alla är stressade, både vi och socialsekreterare, att de får vara den som står för alltihop och det är ju inte meningen. Det...det får man vara observant på." (Fokusgrupp institutionschefer, 050825)

"Sedan som du sa också det här att...att de tar över, att det finns en risk med det, det har vi också sett att det kan finnas en risk, men man har också sett att om ingen gör det så är det ju bra om någon gör det. När man ringer tio gånger till socialsekreteraren och aldrig får kontakt med någon så är det skönt att det finns någon som svarar, och att det...det kanske är verkligheten som har gjort det så." (Fokusgrupp institutionschefer, 050825)

"Jag tycker så här att det arbete hon gör det är ungefär vad jag gör, jag märker ingen skillnad men hon träffar klienterna oftare än vad jag skulle göra." (Fokusgrupp socialtjännsrepresentanter 061213)

I några fall kritiseras samordnarna för att i för hög grad agera socialsekreterare. Kritikerna menar att en del samordnare har en bakgrund som socialsekreterare som gör att de intar en sådan position. I en del fall handlar det om att socialtjänsten inte utför sin uppgift som de borde utan istället lämnar över ansvar till samordnaren som därmed för socialtjänstens talan gentemot både institution och klient. Även från samordnarnas sida har det uttryckts att de ibland intar en sådan position och att det är lätt att glida in i en socialarbetarroll för att den är så invand. Vad det mer konkret innebär att inta en socialarbetarroll är svårare att säga. Hur agerar en socialsekreterare? En aspekt kan vara myndighetsutövningen, att vara den som fattar beslut om pengar ger viss makt i relation till klienten. Samordnarna saknar denna makt, men har kanske delvis kunnat gå utanför sina befogenheter i vissa kommuner och haft stor inverkan över beslut som fattas av socialsekreterare (se citatet nedan). Trots avsaknad av makt kan de också tänkas agera som om de hade makt, både i relation till institutionerna och till klienterna (exempel finns i typarbetsveckan, dag 2 efter lunch, nedan). Även klienterna tycks blanda ihop socialsekreterare och samordnare. Flera gånger har jag hört klienter referera till samordnaren som "min soc".

"Så att det har ju inte varit lätt att hantera samordnare det heller. Eftersom samordnaren kan gå in och prata om försörjningsstöd fast det inte alls ingår och lägger sig i delar, som kanske, det stör oss som organisation. Och sen behöver det inte vara bra. Det kan ju störa oss fast det är bra. Men det här har inte alltid varit bra. Utan det, utan mandat har man gått in och pratat med soffhandläggarna [handläggare utan socionomutbildning som hanterar enklare "rutin" ärenden] och vill att man skall betala ut mer pengar t ex till sånt som helt avviker från riktlinjerna och faktiskt och som de här personerna inte har haft mandat och fatta sådana beslut." (IFO-chef, Katarina Sofia 061103)

Även samordnarna vill skilja sin roll från socialsekreterares och pekar också på en skillnad i perspektiv eller arbetssätt mellan socialsekreterare och samordnare.

”Alltså, det är viktigt också för de här handläggarna på socialtjänsten, att de inte uppfattar oss som konkurrens, utan att vi liksom är..., det försöker jag trycka på mycket att ”jag är inte handläggare, utan det är ni som är handläggare”, men att vi kompletterar, att vi finns med för klienten som en extra resurs.” (Fokusgrupp samordnare 050905)

”Ja, skillnaden på synsätt som du nämner, så är min syn, jag förstår ju att du menar vårdkedjeprosjektets syn, i stort har den kolliderat lite kan man säga, för man..., när man är myndighetsutövare så vet man i regel vad som är bäst för klienten va, det är ju så, det är ju en lång tradition som sträcker..., alltså det har en väldigt lång historia va, det har alltid varit, det förhållningssättet har ju varit dominerande inom socialtjänsten, och så kommer vi och liksom och har liksom den här tillbakalutade liksom förhållningssättet som utgår ifrån alltså dialektiskt beteende, och kollektiv och allt det här va, och försöker liksom hitta klienten där den är, och försöka som stärka klienten att komma fram till egna beslut så här. Det kan ju kollidera, det har det ju gjort mer eller mindre på olika ställen.” (Fokusgrupp samordnare 050905)

Som en reaktion på kritiken att de skulle agera som socialsekreterare säger en av samordnarna att när de besöker institutionen så ställer de samma typer av frågor som socialsekreterarna om vad klienten vill och hur de mår t ex vilket kanske inte är så konstigt, utan snarare ingår i bådas uppgifter.

”X: De har ju märkt att, nu tog de ju, till exempel, upp att [Y] du verkar ha mer tid, du kommer oftare och du hjälper till med mera saker och är mer länk... Som, till exempel, de ringde ju via dig för att få tag i socialtjänsten.

Y: Ja, det var ju så [ohörbart]...

X: Ja, och så hjälpte du till med det.

Y: [ohörbart] alltså det, det kan vara så men jag tänker också att det, om man uppfattas om det, vad är socialsekreterare, är det, det de uppfattar att man ändå är på möten med klienterna, att man kommer själv, att man har ju utforskat vad klienten vill i nästa steg, vad tänkte du när du gick till ditt möte? Alltså man pratar ju, liksom, framtid, hittar förändringsprat, det är ju det man försöker fokusera på. Alltså även om... Alltså det är klart att om socialsekreteraren kommer, då gör ju de samma sak.” (Fokusgrupp samordnare 061122)

Inte vara någon behandlare...

Samordnaren ska vidare inte heller vara en "behandlare". I detta fall tycks de snarare krocka med institutionerna som kanske ser behandling som sin uppgift. I en intervju med institutionscheferna framkommer att de i något fall fick säga ifrån till samordnarna att de inte skulle göra mer CRA så att deras personal skulle få möjlighet att börja med CRA. Men även socialtjänsten tycks hålla med om att samordnaren inte ska vara en behandlare.

"Sedan det tredje som jag har tänkt på, det är ju att man anställer sannolikt bra behandlare, [ohörbart] bra samordnare och inte bra behandlare, och det är något som är viktigt när man tittar på... Det är säkert bra med socionomer, men det är inte behandlingskompetensen kanske som är viktig, för då vill de behandla. Det blir liksom falsk [ohörbart], de går in och tror och tror de ska få behandla och så visar det att de ska bara samordna en massa, då kan de bli jättebesvikna." (Fokusgrupp institutionschefer, 050825)

"Det du beskriver det här med att samordna det är väl så vi har uppfattat det, att ha den rollen. Att vara med vid möten, vem är det som gör vad, inte gå in i någon behandlarroll för det har vi redan." (Fokusgrupp socialtjänstrepresentanter 061213)

Även samordnarna själva vill avsäga sig behandlingsarbete och talar om att de ska se till att det blir utfört, inte behandla själva i första hand, även om de fick arbeta en del med CRA i början innan CRA-behandlingen kom igång hos andra aktörer.

"X: Men nu tänker jag, nu tänker jag så här mer att lägga det, liksom, på kommun för nu fokuserar jag mer på att de måste ju utveckla det här själva. Det är samma sak på behandlingshemmen. Alltså jag kan inte ta det ansvaret för projektet finns inte i all evighet. Om det här ska bli bestående så måste de komma igång och där måste man pusha lite grand." (Fokusgrupp samordnare 061122)

Liksom samordning och socialsekreterarbete är behandling och vad en behandlare gör svårt att definiera. Många har försökt och alltid på andra sätt än andra. Jag vill inte göra någon definition själv, men det som kommit att dominera allt mer inom den svenska behandlingsdiskursen är att behandling är strukturerat på något vis, annars kan man tänka sig att all mänsklig interaktion i någon mening är behandling. Samordnarens täta kontakt med klienterna och deras lite mer, än socialtjänst- och institutionspersonal, beroende roll kan mycket väl tänkas påverka klienten. Ändå ska de inte vara behandlare. En tolkning från samordnarnas perspektiv kan vara att de slipper en del av ansvaret för förändring, vilken förväntas ske i behandling, samtidigt som de inte tar över någon annans jobb. Att syssla med behandling är också lite prestigefyllt, vilket kan vara en anledning till att institutionerna vill se

det som sin uppgift. Det är något som andra betalar dem för att utföra. Deras existens kan hotas om andra tar över deras uppgift (ett exempel på det är den oro institutionscheferna uttrycker över att Kontrakt för livet skulle kunna innebära snabba avgiftningar över helgen och "döden" för behandlingsarbetet som de utvecklat).

Det tycks alltså vara en svår balansgång som en samordnare har att göra, vilket blir tydligt inte minst av följande citat från projektledaren.

"Så lite allierande då med klienten men det är uppdraget som styr [har tidigare talat om att samo ska förverkliga överenskommelsen], va. Inte bli personligt ombud och springa åt höger eller åt vänster beroende på vad klienten tycker eller så. Och inte ge sig in och agera på socialtjänstens område eller slänga sig över institutioner utan hålla sig till den här överenskommelsen som man faktiskt har gjort. Efter alla konstens regler, efter all klokhet som har samlats." (Projektledaren 061129)

"Spindeln i nätet" – samordning = socialtjänstens uppgift?

Efter att ha följt VKP i över ett år och fortfarande inte riktigt fått grepp om samordnarens uppdrag, läste jag igenom beskrivningen av samordnarfunktionen igen. Plötsligt tyckte jag mig känna igen samordnarens uppgift – samordna vården och olika aktörers insatser, vara en "spindel i nätet", stödja klienten osv – från beskrivningar av socialtjänstens uppgifter. Socialtjänsten ska inte nödvändigtvis själva utföra behandling, men ska se till att individens behov tillgodoses och att andra vårdgivare (inköpt vård) gör det de ska. I det bör även ingå att se till att insatserna är välplanerade och samordnade. Att vara ett stöd för sina klienter är nog också självklart för de flesta socialarbetare. Jag tog därefter upp min tanke om att samordnaren gör det som socialtjänsten egentligen ska göra med de aktörer jag träffade och intervjuade. Jag träffade inte någon som motsade min beskrivning. De instämde snarare även om en del påpekade att det idealt skulle vara så, men att det var bra att samordnarna fanns eftersom det i praktiken inte alltid fungerade så. Min bedömning stärktes inte bara av de instämmande nickningar jag fick när jag presenterade den utan även av beskrivningar från olika kommuner där man faktiskt försökte ta sig an uppgiften att samordna. På dessa håll, i huvudsak Örebro där man har en särskild samordningsfunktion, kom VKP i högre grad att krocka med det ordinarie socialtjänstarbetet (se citatet nedan). Samordnaren blir ytterligare en person som ska vara med (vilket även uttrycks som en svårighet från en av institutionerna). Medan de kommuner där samordning fungerade mindre bra var tacksamma för den förstärkning de fått i form av samordnaren. Någon talar om behovet av samordnare även i andra ärenden än LVM. En del tycker att samordnaren har möjlighet att hålla en tätare kontakt med klienten än vad socialtjänsten själva har och att det är något positivt. Denna upptäckt, som i efterhand kan tyckas självklar, är givetvis av mycket stor betydelse

för bedömningen av projektet och samordnarfunktionen även om den kan betraktas från olika perspektiv.

”Ja, det krockar ibland för mina, vuxenhetens socialarbetare, en del av dem har i uppgift att just samordna, följa ärenden under lång tid, under placering sedan följa eftervården hemma och så vidare. Och då kommer SiS-samordnaren, där har det blivit krock. Det har blivit missförstånd och det har blivit lite irritation, kanske ganska mycket irritation ibland också. Och ibland har det varit bra, alltså själva idén med någon som samordnar, håller i det här och håller tråden, det tror ju vi på. Det har vi ju byggt i vår organisation, kan man säga så vi är väldigt positiva så.” (Fokusgrupp socialtjänstrepresentanter 061213)

På Enheten för hemlösa har man upplevt både avlastning i LVM-ärenden tack vare samordnarna och att det bara blir ytterligare en person som är inblandad. Chefen där menar att för de socialsekreterare som redan är engagerade har samordnaren inte spelat så stor roll. En del socialsekreterare vill helst jobba själva med sina ärenden, men flera socialsekreterare som intervjuats har varit glada över att få någon att samarbeta nära med kring en klient. Få någon att ”bolla” med eftersom även socialsekreterarbetet kan vara ett ensamt arbete.

”Mm... Det var ju det här med att jag kände mig ganska ensam som socialsekreterare innan, och för mig blev det en kontrast till det...det är möjligt att det skulle känts som en kontinuitet om jag hade blivit axlad innan...” (Socialsekreterare, Maria Gamla stan 050930)

Intressant i sammanhanget är att på en institution såg personalen även sin roll som lite av samordnande. De kallar till möten där olika aktörer ska delta, bl a samordnaren (se citat nedan). Även från socialtjänsten har det vid något tillfälle uttryckts att samordnaren utgör ytterligare en person som ska samordnas. Det är svårare att få till möten med två personer än med en. Nämnade institution såg ibland sig själva hamna mellan socialsekreterare och samordnare när detta samarbete inte fungerade bra. Även projektledaren medger att samordnaren delvis tar över både socialtjänstens och institutionernas uppgifter (sista citatet nedan), vilket något motsäger hans uttalande om att de inte ska ta över andras uppgifter.

”X: Samtidigt som det är lite svårare att få till datum för mötena. För alla är så uppbokade. Så det, det är ett jättestort problem...”

[...]

X: För att det är fler som ska vara med.

X: Det, det kan ju låta som en löjlig grej, men det är faktiskt en sak då som blir besvärlig.

Z: Ja, och man kan inte planera in med kort varsel utan man måste ha ganska lång framförhållning för planeringsmötena och så där. Och det ska passa för både socialtjänsten, samordnaren och oss då. Sen om det händer nåt med patienten, om den avviker och så då, ja det är inte så lätt att liksom hitta nåt [ohörbart]

X: Sen har det ju inte alltid, ehh flutit på sådär bra mellan samordnaren och socialtjänsten och då hamnar vi i mitten, i kläm där på nåt sätt. För då ska vi, på nåt sätt, medla mellan dem då, att det inte har funkat, att socialsekreteraren inte informerar samordnaren och såna saker." (Fokusgrupp Runnagården 061220)

"Z: Jag vet inte, jag kan tycka fel, men i vissa fall tycker jag att det är mera vi liksom som får samordna...

X: Ja.

Z: ... att det blir, i alla fall när det gäller mötena.

X: Ja, precis.

Z: Och det är klart att det, på ett sätt, det är ju här vi ska vara. Men ändå så. För att våra roller är ju också mycket samordnande." (Fokusgrupp Runnagården 061220)

"Det kan man säga är väl så här, jo så kan man säga att, i princip, kan man säga att samordnaren, under den här tolv månaders perioden, så går den in och gör delar av institutionens uppgift, medan de är på institutionen. Och de gör, liksom, uppgifter som gäller LVM-ansvar och 27-tiden och man gör socialtjänstdelar under den andra. Man är ju där indirekt, alltså. Men problemet är då att, eller problem, ofta är det så att det finns ingen som gör det där om inte de gör det. Det blir en uppgift som inte blir gjord, va." (Projektledaren 061129)

Ett sätt att se på min "upptäckt" att samordnarnas uppdrag påminner om socialtjänstens uppgifter är att det inte är särskilt lämpligt att ta ifrån socialtjänsten deras uppgift/uppdrag. Vill man att socialtjänsten ska ta ett större ansvar och följa lagen borde det stimuleras på andra sätt än genom att erbjuda sig att göra uppgifterna åt dem. Vidare kan till och med kommuner där man utför det uppdrag man har kanske ges signaler om att de överarbetar och på sikt minska sina ansträngningar. Ett annat perspektiv är att det inte är möjligt att få socialtjänsten att göra det de ska och då är det ju bra att någon utför dessa viktiga uppgifter (uttrycks bl a av projektledaren ovan och av socialchefen nedan). Så kan det vara, men kanske borde man då också fundera på att ändra på de lagar och regler som postulerar att socialtjänsten ska utföra dessa uppgifter. Ytterligare ett perspektiv går ut på att genom att visa på samordnarnas viktiga funktion så stimuleras socialtjänsten att faktiskt själva ta på sig att utföra dessa uppgifter när projektet är över. VKP skulle då förändra

deras syn på vad bra socialt arbete går ut på. Samtliga dessa scenarion kan gälla samtidigt eller på olika håll/i olika grad. Två av dessa förhållningssätt uttrycks i citatet nedan.

”Det är en del är väldigt bra att ha de här samordnarna och det tror jag är för att mycket att vi inom socialtjänsten, att vi blir påmind om vad som egentligen är vårt uppdrag. Men samtidigt tror jag i och med att man har de här samordnarna...ehm. Och det märker jag ju inom andra områden också man vill gärna ha sådana där samordnare och det är ju ett misslyckande för socialtjänsten att man skall behöva samordnare. Men sen tror jag också att det kan vara negativt att ha de här samordnarna. Och utifrån att, vi satt och diskuterade det i ett annat möte, inte bara de här samordnarna men ha den här spindeln i nätet. Om man så säger. För det är det som samordnaren är på något sätt. Och det är ju socialtjänstens roll. Och nu börjar det bli väldigt många spindlar i nätet. Om du förstår. Och det är inte heller bra. För att då, klienten skall möta ändå jättemånga personer och så kommer det en spindel i nätet som skall vara den här förlängda armen och sen finns det redan en naturlig som är socialtjänsten som inte socialtjänsten tagit så mycket den rollen i alla. Så har det ju varit. Sen kommer det ju fler sen kommer de olika institutionerna in och vill vara spindeln i nätet. Och det finns personliga ombud som ska... Så det blir väldigt många som ska vara spindlar. Och det, jag tror egentligen inte på det. Men jag tror att de här samordnarna har väckt oss lite.” (IFO-chef, Katarina Sofia 061103)

När jag frågar styrgruppens ordförande om de funderade något på att samordnarens funktion delvis sammanfaller med socialtjänstens uppgifter menar hon att så delvis är fallet men att kommunerna är svåra att påverka på annat sätt.

”Ja, visst vi pratade mycket om de frågorna. Det gjorde vi ju men... Alltså det... Det är ju så här att staten har ingen makt över kommunerna.” (Styrgruppens ordförande 061219)

”X: Men visst finns det, visst kan man säga som så att så fort klienten inte är på institution, så fort den slutar att vara på institution och inte är i någon utsluss eller så då är det alltid socialtjänstens ansvar.

JP: Nej, men det jag, det jag funderat på det är om ett sådant här projekt då kanske, liksom, tar bort en del ansvar från kommunen?

X: Mm.

JP: Finns det någon risk för det, tror du?

X: Nej, jag tror faktiskt inte det.” (Styrgruppens ordförande 061219)

Styrgruppens ordförande tror inte att strategin riskerar att passivisera socialtjänsten eftersom hon menar att de vill göra det ”rätta” och vill göra ”gott”,

så att om de ser att arbetssättet fungerar och är bra så kommer de att själva se till att arbeta på det sättet när projekttiden är slut. Längre fram i rapporten kommer jag att visa att så delvis är fallet, men nedan är också ett exempel på när en socialsekreterare har svårt att se sitt ansvar, delvis på grund av samordnarens centrala funktion. Efter långt resonering där socialsekreteraren vill betona vikten av samordnaren kommer han till sist fram till att det är han själv som har huvudansvaret.

”JP: Vem upplevde du liksom har huvudansvaret där på det här mötet? För X och hennes situation.

Y: Ja, det där är ju roligt, eller roligt vet jag inte om det är, men huvudansvaret så att säga, huvudansvaret... Alltså jag tycker att samo har en nyckelroll! Det skulle jag säga. En nyckelroll som är ovärderlig och nu var ju inte han så aktiv just på det här mötet, men han är ändå en person som jag...för min del tänker är en viktig...viktig kedja, eller viktig länk i kedjan. Sen är det ju olika så att säga, för att det är så att säga beroendevården har sitt ansvar, psykiatrin har sitt ansvar och socialtjänsten har då ytterligare sitt ansvar. Så att det blir, det är svårt att på nåt sätt...men där kan man ju tänka sig att...någon som då så att säga, står utanför alla dessa verksamheter...ja egentligen så skulle jag också kunna liksom, jag skulle säga att min, mitt uppdrag vad gäller X också är ganska så där, att jag känner alltså. Ja, det är viktigt för mig att hålla ihop både beroendevård och psykiatrin och så där också, sen vill jag inte göra min roll för stor i sammanhanget heller. [skrattar till] Men ändå, det är svårt att säga. Jag vet inte på vilket ben jag lutar, men jag skulle...Jag tycker att de här samordnarna är ganska viktiga personer. Men om man skulle säga att de har ett huvudansvar, för ansvaret...Äh, sen så är det ju så här att ansvaret ligger ju ändå där, kommunen har ju det yttersta ansvaret för medborgarna, så det är ju faktiskt jag som har det då. Damn!!! [svordom på eng]” (Socialsekreterare, Katarina Sofia 060426)

En samordnarens arbetsvecka

För att bli mer konkret om vad samordnarna jobbar med har jag utifrån mina veckor med de fem samordnarna satt ihop en typarbetsvecka som är en blandning av de dagar jag tillbringade med samordnarna. Alla inslag i veckan har således förekommit under fältarbetet. Veckan visar inte bara diversiteten i arbetet utan även en del av de svåra avvägningar en samordnare måste göra, hur ensamt arbetet är och hur mycket resor det inbegriper. Det förekommer flera ingående beskrivningar av möten, som jag kommer att återkomma till senare i analysen av andra teman och därför här lämnas okommenterade. Vissa uppgifter om de klienter som förekommer i veckan har ändrats för att deras anonymitet ska kunna upprätthållas.

Dag 1

Dagen inleds på socialtjänstkontoret där samordnaren utför kontorsarbete i form av mail-läsande/besvarande, telefonsamtal med klient och en institution angående ett förestående besök. Samordnaren hade också planerat att sammanställa en genomförd ASI-intervju, men på grund av telefonsamtal och ett oplanerat samtal med en socialsekreterare på kontoret blev det inte tid till det. Socialsekreteraren vill diskutera en gemensam klient som är i eftervårdsfasen, men som dricker kraftigt och på ett mycket destruktivt sätt. De är båda oroliga för klientens hälsa och för den unge sonen som måste ta ett stort ansvar för sin mor. Socialsekreteraren ser inte ett nytt LVM som någon bra lösning då klienten upplevde det förra LVM:et som oerhört kränkande. Klienten har även kontakt med psykiatrin sedan länge och socialsekreteraren vill att de ska ta ett större ansvar medan psykiatrin tycks mena att alkoholen är X problem och att de borde ta ett nytt LVM. Samordnaren lovar att ringa klienten för att höra hur det står till.

Vi åker bil till ett hembesök som genomförs hos en klient tillsammans med en sjuksköterska som ska ta över den regelbundna kontakten med klienten nu när VKP ska avslutas för klientens del (12 månader har gått sedan LVM inleddes). Klienten som tycks ha ungefär samma situation som vid tiden då LVM:et togs är fåordig. Han beskriver, med hjälp av de frågor han får, sin alkoholkonsumtion som vanemässig. Samma mängd konsumeras varje dag och har gett upphov till dåliga levervärden, vilket föranledde LVM:et. Inte mycket tycks ha ändrats. Klienten är intressant då han väcker frågor om värdet av LVM i relation till skadelindrande åtgärder, något som jag senare diskuterar med samordnaren. Vi dricker kaffe och sjuksköterskan försöker få klientens situation klar för sig inför sitt kommande arbete. Samordnaren ställer också frågor kring situationen.

Efter besöket stannar vi för lunch i närheten och åker därefter vidare med bil till Runnagården. Resan tar 3 timmar. Under resan klaras flera telefonsamtal av. Samordnaren ringer bl a klienten med det destruktiva drickandet som socialsekreteraren talade om på morgonen. Klienten är ångestladdad och berättar om hur sonen till sist ringt 112 när klienten var utslagen och hade en promillehalt på 4. Klienten mår dåligt över det sonen utsätts för i och med drickandet och ångesten gör att hon vill dricka igen.

Väl framme på institutionen träffar vi en klient som befinner sig på den öppna avdelningen. Vi sitter i hennes rum och klienten verkar må bra. Hon beskriver dock sin situation inför utskrivningen som oordnad. Hon har inget boende och är oroad över att återvända till boendeorten där hon är känd för både försäljning och bruk av amfetamin. Samordnaren tar upp olika alternativ för sysselsättning och boende på orten, men även olika behandlingshem diskuteras. Klienten har flera stödjande kontakter på orten och är intresserad av ett öppenvårdsalternativ. Eventuellt kan hon bo hos en bekant. Vad gäller

behandlingshem är hon ganska kräsen och utesluter flera alternativ av olika anledningar. En ambivalens kan noteras. Klienten vill komma hem och inte flytta till ytterligare en institution, men inser svårigheterna och att det kanske vore bäst att börja med ett behandlingshem. Tiden börjar dock bli knapp för placering enligt §27, något som de båda bekymrar sig för. Ett möte är inbokat med socialsekreteraren då de bör komma till ett beslut. När vi lämnar klienten har de dock inte kommit till något slutligt förslag.

Vi går sedan till en sluten avdelning där vi träffar en ung tjej. Redan när vi ser henne genom akvariefönstren som inrymmer rökrummet går det att utläsa att hon inte mår bra. Vi hinner knappt komma in i besöksrummet innan tårarna rinner nerför kinderna på henne. Hon vantrivs på avdelningen och uppfattar placeringen där som ett straff för att hon rymt. Hon menar att ingen ens frågat henne om hur hon mår. Samordnaren ställer frågor om rymningen, hennes två barn och vad hon har för önskemål för tiden efter institutionsvistelsen. Det enda hon kan tänka sig är behandling med subutex. Problemet är att hon inte har ett dokumenterat heroinmissbruk. Klienten uttrycker självmordstankar. Ungefär: Om hon inte får subutex kan hon lika gärna göra som en bekant och ta en överdos. Samordnaren ska undersöka hur det går med den utredning som görs om huruvida klienten kan få subutex eller inte, men vill även diskutera om klienten kan se några andra möjliga alternativ. Det verkar inte så. Klienten uttrycker även funderingar på hur hon ska ta sig från avdelningen. Hon funderar på att agera våldsamt för att bli intagen på psykiatrisk klinik istället.

Efter att vi suttit i nästan en timme går samordnaren förbi ett kontor där personalen sitter och frågar efter klientens kontaktperson. Vi får istället träffa avdelningsföreståndaren. Föreståndaren ger ett något nervöst intryck och hamnar snart i en försvarsposition när han får frågor om situationen med klienten. Föreståndaren börjar tala om klienten som mytoman eller möjligen psykopat, som spelar upp ledsenhetskänslor för att få det hon vill. Ur dagboksanteckningarna:

Avdelningsföreståndaren (A) börjar med att påpeka att det är bra om han får veta att samo ska komma på besök. Hon säger att hon talat med X samma dag om att komma och att hon sa till personalen medan de talade i telefon. Men A menar att det ändå är bra med tanke på hur X är. Senare säger samo att hon annars får komma och gå hur hon vill. A är ny som chef. A säger att han såg att X var ledsen när hon kom ut från mötet. Samo talar om att hon gråtit i en timme nu. Då säger A att X lätt går från gråt till att helt sluta om något annat kommer upp. Han tycks insinuera (vilket även samo uppfattar) att X spelar ett spel. A säger att han känner till henne sedan tidigare och att hon har en förmåga att få igång alla omkring sig. Håller på och ringer till polisen m m (senare säger samo att X talat m polisen om en gängvåldtäkt hon utsatts för och att hon annars

inte gärna har kontakt med polisen). De längre ner i hierarkin duger ej att prata med för X menar A.

Vi kommer in på subutex och heroinsnacket. A tvivlar på att hon är en "opiattjej". Varför var hon inte positiv på det nu? A hade trott att hon skulle se till att skaffa dokumentation på att hon tagit det nu för att kunna få subutex. Vi talar om möjligheterna att få subutex och jag känner att jag går in i en undervisande roll. Har inget bra intryck av honom, är tagen av mötet med X och är inte särskilt "neutral". Kan mycket väl tänka mig att A straffar X för att hon rymt. Samo frågar om de har någon rutin att kp gör upp om tider för att träffa sina klienter, eller bestämda tider för samtal. Då säger A att han är så ny som chef här att han inte kan alla rutiner.

Samo tar upp att X verkar vilja att någon pratar med henne och säger att det vore kanske bra om någon kunde fråga hur det är med henne. Hon berättar att X uttryckt självmordstankar, något hon inte hört henne göra förut. A tycks tro att hon spelar ett spel, men ska väl tänka på att de pratar med henne.

Under bilresan tillbaka (2 timmar) talar vi om situationen på avdelningen. Vi blev båda tagna av både mötet med klienten och föreståndaren. Samo tycker att den typen av situationer är svåra att hantera. Ska hon tala med någon om hon upplever problem eller ska hon låta bli för att inte skapa dåliga relationer? Hon gör en avvägning från fall till fall.

Dag 2

Dagen inleds först kl 10.00 med en arbetsplatsträff (APT) på SiS huvudkontor (då har samordnaren visserligen startat sin dag tidigare med att ta sig till Stockholm med tåg). Mötet pågår i ca en timme och tar upp frågor som nya chefer inom SiS, rapportering från en medarbetarenkät som genomförts (visar att chefer är mer nöjda, liksom kvinnor, vilka dock är mer stressade), ett planerat VKP för ungdomar i storstäderna och jämställdhetsintegrering. Alla samordnare utom en deltar i mötet, men har en ganska perifer roll och sitter mest tysta.

Efter lunch åker vi till Hornö med en socialsekreterare (S) för att genomföra en överenskommelse. Ur dagboksanteckningar:

Enligt prat i bilen: X (klienten) vill snabbt ut på §27 och vill inte göra psykologutredning, vilket soc förordar. KP på Hornö ringer och samo berättar sen att KP inte ens känner till om ASI gjorts och vet ej vad mötet gäller. Samo är märkbart irriterad och tycker att de är oprofessionella. Sen går samo igenom mötet med S (socialsekreteraren) och vad han vill ska ske. Vad de ska göra om KP ej tar sitt ansvar. Det är nämligen han som ska hålla i mötet. Hornö blir ofta klientens hantlangare. Samo råder S att fråga personalen vad de tycker och varför och se det som ett underlag för ett

beslut. Det är Hornö som känner till hur det är med X och ska ha gjort en utredning. De bör motivera §27 om de tycker så. De ska först gå igenom ASI och sen göra en planering utifrån det. X är 35 år och har aldrig haft ett riktigt jobb. Han får ångest när han börjar jobba. S tycker att X är svår. Hon får en klump i magen när de ska träffas. Innan vi åkte sa hon till mig att det är bra att samo är med. Samo säger att han har problem med Hornö och kommer lätt ur balans där när han retar sig på något.

Vid mötet deltar kontaktpersonen (KP) och klienten förutom vi tre. Samordnaren inleder mötet med att säga att vi är samlade för att göra en planering. KP berättar att det gjorts en ASI men ingen summering av intervjun. KP hinner inte längre innan X börjar berätta vad han vill ska ske. Han vill snabbt komma på en §27-placering. Han vill att socialtjänsten ordnar ett boende och han kan tänka sig att gå i öppenvård eftersom han förstått att det är ett krav. Han har också tagit reda på att det är fullt på flera av de möjliga boendena och menar därför att socialtjänsten måste ställa honom i kö. KP följer och frågar X vad han har för målsättning med boende. X svarar att han vill få en bostad och kunna ta del av dotterns liv. KP frågar vad som krävs för att den målsättningen ska nås. X svarar att soc måste ställa honom i kö.

S säger att hon vill veta hur Hornös bedömning lyder och vad de tänker sig att en §27-placering ska innefatta. Hon menar att det ska vara ett drogfritt boende och att det är kö för boende. Hon säger att "vi från socialtjänstens sida" kräver att för sysselsättning ska man visa drogfrihet en längre tid. KP går vidare till psykisk hälsa. Där har X uppgett att han inte har några problem och den bedömningen har även den som gjorde ASI gjort. X återkommer till frågan om §27 och att han vill komma ut till dottern. KP går vidare med fysisk hälsa, efter att ha noterat "adekvat placering" vad gäller psykisk hälsa. X har problem med sin rygg, vilken kräver behandling/medicin och även tandvärk. På frågan om vem som ska ansvara för problemen svarar X "jag". När det gäller familj och nätverk är läget som med den psykiska hälsan, men X återkommer till dottern. KP frågar vad som behövs och X svarar "någonstans att bo". Han lägger till "Jag tycker inte att jag behöver öppenvård, men måste väl och jag kan ju inte dö av det. Kan säkert vara bra."

KP går vidare till sysselsättning och X har som målsättning att hitta en sådan. Det har varit ett problem för X och han ska ta kontakt med en person på "arbets/rehab". S säger att det är först i ett senare skede för X måste vara drogfri först. Det framkommer att X får panikångest och S tycker det låter som viktigt att ta tag i, vilket X håller med om. Det skulle han kunna göra i öppenvård, eventuellt hos en psykolog. KP säger att "ångest får man väl oavsett om man jobbar", men X tvivlar på att KP har samma som han själv. De kommer in på psykologutredning som X inte velat göra utan hellre skulle vilja göra utanför när han väljer det själv. X berättar mer om sina problem med eskalerande ångest när han ska jobba.

När det gäller missbruk har X angett "inget hjälpbehov", medan intervjuare skattade ett "påtagligt behov". KP frågar hur det är med saken och X svarar: "Jag har ju slutat. Det gjorde jag för fem år sedan. Sen blev jag utan bostad och då tog jag några gånger. Sen sökte jag hjälp när det brakade loss och då blev det LVM för det fanns tydligen inget annat. Jag visste ju att det skulle bli så." KP frågar "Hur ska det uppnås?" X menar att han behöver en lägenhet och sysselsättning. KP undrar om NA kunde vara ett alternativ. S återkommer till psykologutredning och X svarar ungefär "Sitter här ofrivilligt. Kommer inte att göra det här. Spelar ingen roll om det gör att jag får stanna här 6 månader, jag kommer inte att göra det. Kan inte göra det seriöst här. Kan inte känna press."

Så går samtalet vidare och senare säger KP något om att de ju kommer att träffas igen och följa upp detta eftersom X är med i VKP. Samo reagerar och frågar lite irriterat om inte de på Hornö följer upp själva. KP svarar att de gör en ASI uppföljning, men inte någon 12-månaders uppföljning, vilket samo menar att de egentligen ska göra. Sen uppstår också irritation mellan X och S. S menar att det krävs en planering för §27 och X undrar vad det är för planering och säger att han vill ut nu. Samo frågar vad Hornö tycker och KP säger att de håller med X om att han snart behöver komma hem till dottern och att de tror på urinprov, sysselsättning och öppenvård. Samo frågar vidare om de tänkt på någon särskild form av öppenvård och om S efterfrågar något särskilt. S säger att de först velat höra vad Hornö tycker och sen ska hon höra med sina chefer. Samo undrar om S kommer att ta fram alternativ från socialtjänstens sida. KP säger att det säkert kan finnas andra alternativ som X inte kommer att gå med på. X uttrycker tacksamhet gentemot KP. S tar upp att boende kan bli svårt eftersom det måste vara drogfritt. X säger att då finns bara "Sofia" [boende i kommunen] och att det är lika bra de ställer honom i kö där. KP frågar om X vill ha samtal, men X tackar nej till det. S frågar om det är för deras skull eller sin egen skull som X vill ha öppenvård. X svarar att det är både ock. Efter kort paus bestäms en ny tid och till dess ska S ta upp förslaget med sina chefer. X tycker att det var bättre på soc tidigare när man hade kontakt med en person om allt. En permission diskuteras och när vi är klara säger X att "då fikar jag i 14 dagar till då". Någon frågar vad han menar och X svarar att det är ju det han gör här.

Efter mötet åker vi bil tillbaka och arbetsdagen är slut.

Dag 3

Bilfärd 8.15 till Rällsögården där vi anländer ca 11.30 och där en klient ska informeras om VKP och en annan samtalaras med inför ett kommande möte. Ur dagboken:

Vi träffar först på en av de klienter som samo bearbetar för att han ska gå med i VKP. Han vill prata, men mest om att han vill därifrån och om upp-

rörande erfarenheter. Vi står ute i kylan och pratar. Sen går vi till slutna avdelningen och träffar X en "ny" klient som ska informeras om VKP. X är hörselskadad så det visar sig bli problematiskt.

Samo börjar med att försöka berätta om vkp. X som vägrar använda hörapparat frågar hela tiden vad samo säger och tycks inte riktigt förstå vad det går ut på. Jag sitter tyst och berättar inte vem jag är och X frågar inte. Känns dumt, men med tanke på att X inte ens förstår samo, vilket är det viktiga i sammanhanget är det en svår situation. Samo säger att vkp är bra om man bestämt sig för att man vill förändra sin livssituation. Samo säger att samo ska vara en "garant för att du får de resurser som du har rätt till".

X pratar en del själv och säger i grova drag att han inte har något boende. Han har varit uteliggare i över 10 år. Han får ingen lägenhet men tycker att han borde få chansen att visa att han kan behålla en lägenhet. Men, han är inte intresserad av något som kräver att han ska blåsa. Det är en princip sak. Det gör han inte. Vare sig här eller på kåken. Han förstår inte vad han gör på Rällsögården. Det känns som ett daghem och han skulle hellre vara på kåken än här. "De har aldrig brytt sig om mig förut, varför ska de göra det nu?"

Samo försöker informera vidare utan större framgång och säger till sist att han ska få mer info av personalen och sedan fundera på om han vill vara med. Om han bestämmer sig för det kommer samo att vara med på mötet med soc den 24:e.

Mellan 11.45 och 12.15 fyller samordnaren i klientkort (två sidor frågor om klienten), vilka tagits fram för att man från huvudkontoret ska kunna samla in grundläggande information om alla klienter som ingår i VKP. Därefter äter vi lunch.

Ur dagboken:

13.10 Samo går och samtalar själv med X eftersom de bara träffats själva en gång. Jag sätter mig i tv-rummet på öv-avdelningen och pratar med två killar som hänger där om deras situation. Ingen av dem ingår i VKP men den ena som bor i Sthlm verkar motiverad att sluta och ska precis ha besök av soc. Vi pratar också om inst och dess avdelningar. De unga killarna på låsta och de äldre herrarna. Salig blandning. Unga rymmer hela tiden, men de förstår inte till vilken nytta. Sen kommer de tillbaka om några dagar. Lite lugnare på öppna. Men, det verkar vara mycket tid att bara hänga i soffgrupper.

13.45 pratar jag med X själv i ca 20 minuter. Han visar sig vara en trevlig äldre herre. Under tiden går N och talar med Y som inte är med i VKP.

Jag frågar X om hans och samos kontakt och han säger att han inte riktigt förstått vad han ska ha samo till. X vill ha metadon och han ska nu be [socialsekreterares namn] att ta kontakt med dem för att se om det är möjligt. Kanske kan han be även samo att ringa till T som är överläkare på toxikomani. X förklarar att han missbrukat i närmare 50 år (fast han ser inte äldre ut än 50). Den sista tiden har det mest blivit alkohol och subutex. Han har pension pga axelskada. Han har dock jobbat en del tidigare i en verkstad och skulle vilja jobba med det igen. Gav bra med pengar. Nu känner han sig fattig med pension.

X har varit på R i 3 månader och räknar med att vara kvar också resten av tiden (3 mån). X tror att samo kommer in i bilden mer efter LVM:et. Idag träffades de för tredje gången, men första gången pratade samo så mycket att X inte minns riktigt vad han sa och andra gången var de flera och X hade mycket ångest så då minns han inte mycket av samo heller. 24/3 ska han träffa både samo och [socialsekreterares namn].

X har haft LVM tidigare och då var han på [namn på institution]. Han tycker att det har blivit bättre. Det finns mer aktiviteter på Rällsö. På fritiden spelar X gitarr och tränar på gymmet. Har nu varit 14 dagar på öppna, men var där även tidigare innan han fick för mycket ångest och förflyttade sig till sjukavdelningen (intaget).

Utanför har han egen lgh som han var nära att förlora. X gick med i VKP för att han trodde att han kanske kunde få mer hjälp med lgh på det viset. Nu är det löst, men han tycker samo verkar vara en trevlig kille och ska fundera på vad han kan hjälpa till med.

14.15 Samo fyller i "klientkort" och skriver i KIA om dagens samtal.

15.00 åker vi mot Runnagården.

16.00 har vi lämnat den väska som samo har med sig till en klient på Runna och åker vidare österut. Först vid 19 är jag hemma.

Dag 4

Dagen inleds med ett besök på subutextmottagningen kl 8.30 tillsammans med samordnaren, klienten X, läkaren (L) och en kontaktperson (KP). Egentligen skulle socialsekreteraren ha deltagit men hon hade inte tid. Mötet inleds med en avstämning av X situation. Han har börjat med CRA, men det centrala i hans liv är boendet. Han har ett boende ordnat av socialtjänsten som han inte kan bo kvar på. Anledningen är att en "fiende" till honom flyttat in där. Han bor för tillfället hos sin flickvän. X menar också att det är mycket droger på boendet. KP menar att om det uppstår problem måste man ta itu med dem och inte gå därifrån. Ur anteckningarna från mötet:

KP säger också en hel del andra saker som får mig att tänka att X inte är lika mkt värd som vi andra. "När ditt liv är prickfritt kan du bestämma att du inte vill ha det på ett visst sätt.", "Du måste prestera innan du kan stiga i graderna." och "Din flickvän är säkert jätterar, men hon kan ju bli nån slags medberoende.", apropå hans boende hemma hos henne som X själv inte heller tycker är så lämpligt.

De talar också om att X varit positiv på någon drog, vilket X själv menar beror på att han tagit någon hostmedicin (el dyl). KP tycker att det är klantigt. X måste vara noga med vad han tar och inte ta något m triangel på som kan innehålla bens eller opiat.

X kallar boende m personal för "barnpassning" något han är trött på medan KP kallar det för "skydd". KP tycker också att X ska söka upp människor som jobbar när det är jobbigt. Samo tycker att X gör framsteg och det gäller hans hantering av sug i CRA. Dosen kommer upp och X menar att den är för låg. L talar om dilemmat att "patienten tar droger för att dosen är för låg och att patienten inte får högre dos för att denne tar droger." men kontentan är ändå att "Patienten måste stå ut."

Sen kommer de in på X umgänge och sysselsättning. Enligt X är hans umgänge obefintligt (för att undvika kontakt med andra personer som tar droger) och han har ingen sysselsättning, vilket han skulle vilja ha. Tanken var att han skulle börja på KrAMI, men det visade sig att de hade stängt över sommaren och det innebär att det är fyra månader tills han kan börja. X är orolig för sysslolösheten och skulle vilja göra något fysiskt. Ingen frågar vad X skulle vilja göra och vad han tycker är kul, men KP menar att det inte borde vara så svårt för honom som är ung att hitta en sysselsättning.

X återkommer till dosen som han tycker är för låg, och följande fraser yttras i samband med det: "Dosen kommer inte att lösa något med ditt liv.", "Metadon är en livsuppehållande medicin." och "Du vet ju – det är ingen lek att ta sig ur det här.". X får också beröm från samtliga – "har gjort enorma framsteg".

Slutligen bestäms ett nytt möte om två veckor samma klockslag. X opponerar sig mot tiden. Han tycker att det är för tidigt med 8.30. Det var nära att han inte kom idag för han sover vanligtvis den tiden. KP säger "men hallå! Det är ju maj månad!" och verkar tycka att det är bra för X om han kommer upp tidigare på morgonen.

Därefter går vi till Samos kontor där vi fikar med socialsekreterarna och Samo kollar mail och talar i telefon. Vi äter en tidig lunch och sedan åker vi bil till ett behandlingshem. På vägen plockar vi upp en kontaktperson från Runnagården till den klient som vi ska träffa. I bilen talar samo och KP om att det ska göras en överenskommelse för den återstående tiden, men att de inte kan planera alltför långt fram eftersom klienten är på 12-stegsbehandling som till stor del bygger på att ta en dag i taget.

Vi anländer till behandlingshemmet som fungerar som klientens §27-placering. Vi träffar på socialsekreteraren utanför och snart dyker klienten X upp från en fotbollsmatch med övriga klienter. De andra som ska delta på mötet är inte där än och X ordnar kaffe åt oss som vi intar på gården. Vi samtalar lite med X och andra klienter på gården. Det drar ut på tiden innan vi blir inkalade till huset där mötet ska äga rum. På mötet deltar KP från Runnagården, Samo, X, socialsekreteraren (S), en behandlare från den avdelning som X just lämnat på hemmet (L) och X nya behandlare från den avdelning som X just flyttat till (G) och så jag. Vi är alltså totalt sju personer.

Efter några korta presentationer tar X själv tag i mötet och meddelar att hon funderat mycket och bestämt sig för att hon vill tillbaka till Runnagården för att kunna ta det lugnt den sista tiden. Hon har haft så kraftig huvudvärk att hon kollapsat och fått ligga inne på sjukhus. Dessutom har hon en böld i munnen som inte verkar försvinna och hon tror att det hänger samman. X har klarat av primären (första intensiva delen av behandlingen) och är nöjd med det, men nu är hon orolig för hälsan och tänker på sina barn. X gråter och berättar om hur hon funderat på hur hon ska göra. Hon tycker att det är orättvist mot gruppen (medklienter) att hon är så osäker. L försöker lugna X och säger att hon förstår oron, men att det inte är hjärntumör hon har. Sen säger hon att det varit mycket med X humör och att det ofta varit kaos på kvällarna.

Det framkommer att X tagit droger sedan 12-års åldern och ätit antidepressiva i två år, sedan det yngsta barnet föddes. Nu tycker hon att det känns som om hennes själ håller på att lämna henne. L menar att X har ångest och menar att kropp och själ hör ihop. G påpekar att det är frivilligt att vara på behandlingshemmet och man måste vilja vara där och inte bara stanna på LVM:et. X vill inte slippa undan behandling utan menar att hon behöver "gå i min skog". X har väntat till mötet idag med att ta upp sin önskan och har inte bara velat "dra" utan tycker att det är bättre att "de hämtar mig".

X talar om LVM:et som ett straff. Jag har "gjort mitt halvår". Men, säger att hon inte hakar upp sig på tiden nu utan bara vill få vara i fred. KP frågar om hon tror att känslan kommer att vara kvar om hon ger [nya avdelningens namn] ett tag. X påpekar att det också är jobbigt med friheten på [nya avdelningens namn]. Tycker att det är farligt för henne. För mycket frihet "gör mig nervös". De ska planera mycket av tiden själva (medan tiden på förra avdelningen var väldigt inrutad). Ska åka på möten och hälsa på vänner. Säger att hon inte har några vänner utan drogproblem, inga att hälsa på. G påpekar att många där har samma situation som hon. De har en tjejgrupp. X säger att hon vill lätta sitt hjärta och vara ärlig som hon lärt sig i behandlingen. S frågar vad som händer efter Runnagården om hon skulle vara resten av tiden där. X vet inte, hon har ingen bostad, men menar att "det måste jag ju fråga soc om". S påpekar att tanken med att vara på ett halvvägshus på slutet är just att man ska lära sig att planera sina helger och hitta vänner. X säger att hon måste följa hur det känns här och pekar på hjärttrakten, men vill ändå sen

fortsätta på samma linje som hon påbörjat. Hon vill dock inte ha för bråttom med barnen, vilket möts av positiva reaktioner. Hon känner sorg och är livrädd för att riva upp dem från stödfamiljen. De kommer in på att hon stulit bilar för överlevnad och nu fått en dom om skyddstillsyn med kontraktsvård. Hon nämner att i kontraktsvården ingår det att följa vkp-planen och ha kontakt med samo. Samo ska hjälpa till med praktiska saker uttrycker X. (Senare uttrycker Samo en viss tvekan inför vad hennes roll ska vara i straffet och har behov av att prata med X om vad hon förväntar sig av henne).

L frågar vad som är viktigast nu. X svarar "att jag förblir drogfri/nykter". S frågar hur hon ser på alkohol. X säger att det är livsfarligt för henne, det är då hon tar droger. G hoppar in och säger att hon har det som brukar kallas för dubbla diagnoser. G tycker att det skulle behöva göras en psykiatrisk utredning med tanke på hennes humör och se över om hon har rätt medicinering. G vill ta in en psykiater som är vänligt ställd till 12-steg. G säger också att om hon stannar ska de se till att hon får ta det lugnt ett tag och invänta provsvaren. Det är viktigt att ta reda på vad som finns i botten. G funderar på adhd.

X argumenterar för återvändandet till Runnagården och de övriga tycks argumentera emot henne. KP framhåller att de inte vill att hon ska fatta ett förhastat beslut, men säger samtidigt att hon är välkommen tillbaka till Runnagården om det är det hon vill. L säger att X drar sig undan och växlar lite i humöret. Hon säger att det "är som att mata sjukdomen". KP påpekar att det inte är så lugnt på Runna heller, men X säger att hon inte vill till avd 2 där de intagna var psykotiska och hon inte passade in. G säger att X måste vilja stanna, inte vara övertalad. Samtidigt ska det inte vara ett impulsbeslut. S undrar "Tycker du att du har fått för kort primär behandling?", men det tycker inte X. G undrar om hon inte åkte hem för tidigt från sjukhuset efter kollapsen och det är X mer benägen att hålla med om. Någon föreslår att hon kanske skulle åka tillbaka dit och invänta provsvaren i lugn och ro. Alla verkar tycka att det är en bra idé. S säger: "Det är härligt att se att du kan vara i din smärta. Roligt." X säger att hon själv tycker att det är bra. KP säger: "Du har varit jätteduktig." och S påminner om när X var på en annan behandling och gick ut och drack öl så fort det blev jobbigt.

Mötet avslutas och vi tar bilen efter hastig diskussion i korridoren. I bilen pratar vi om mötet där de tänkt att de skulle genomföra en överenskommelse, vilket inte blev av eftersom X tog över mötet med sitt önskemål. Samo och KP är överens om att mötet borde varit mer förberett. De tycker att det var lite konstigt att de från behandlingshemmet var så sena och att de inte fått kännedom om X dåliga hälsa eller om hennes vilja att återvända till Runnagården. KP som satt med överenskommelsen gav tidigt upp tanken på att genomföra denna. Samo berömmar KP och tycker att det var bra att hon var där och kunde säga att X var välkommen tillbaka. KP släpps av och arbetsdagen är slut. Tilläggas kan att X på egen hand lämnade behandlingshemmet ett par dagar senare utan att meddela personalen.

Dag 5

En ung klient (X) kommer till socialtjänstkontoret och vi åker med honom till ett boende som klienten erbjudits och ska besöka för att få information och fundera på om det kan passa. Under den korta bilresan till boendet talar X om att han egentligen skulle vilja till ett behandlingshem. Han vill lägga av med droger, men tror att det blir för svårt om han är hemma. Han verkar skeptisk till boendet som vi ska till eftersom hans erfarenhet är att det är ganska mycket droger där och dålig koll från personalens sida. Han har själv börjat ta droger där och vistats mycket i lägenheterna. Men Samo menar att det har stramats upp väsentligt och blivit bättre. De är överens om att det inte är någon bra idé att X bor kvar hos sin mamma eller att han flyttar in till flickvännen. Mamman verkar ha problem och den yngre systemen har en kille som tar droger.

Det blir ett samtal på kontoret där två ur personalen berättar om vad som gäller på boendet och frågar om X situation. Om boendet berättar de att det består av små lägenheter, men med allmänna utrymmen och tillgång på personal (kurator och behandlingsassistenter) på dagtid alla dagar i veckan (till 21 vardagar och 18 på helger). Det är ett drog- och alkoholfritt boende med krav på att man har en sysselsättning. De boende förväntas visa upp sig någon gång under dagen och meddela om de åker bort. Samo menar att X har behov av struktur och planering och undrar om de hjälper till med detta och de informerar om att en noggrann dagsplanering görs upp gemensamt. De talar även om det dåliga rykte som boendet dras med. Sedan december har de mycket mindre droger och även om man inte behöver vara "helt grön" (drogfri) när man kommer ska man lämna urinprov som visar att värdena sjunker. Det är en fördel om X kan börja lämna urinprover redan nu. De har 14 platser i huset och 6 platser utanför. Om man vill gå på möten (NA eller AA) finns det möjlighet att få skjuts.

Personalen får i sin tur veta att X är 20 år och började med droger när han var 16 år. Han kom ut från LVM-hemmet för tre veckor sedan och har tagit droger en gång sedan dess, men därefter hållit sig hemma för att låta bli. X avgiftade sig själv och har nu varit drogfri i 2 dagar. Han har ansökt om bostad. Samo uppmuntrar X att berätta om sysselsättningssituationen. X verkar tro att det blir svårt att fixa sysselsättning och eget boende och talar igen om att kanske behandlingshem borta från stan vore bra. Under LVM väntade han bara på att komma ut för att kunna fortsätta med amfetamin. Men nu verkar han ändå tycka att det kan vara en bra idé att börja med detta boende och en av socialtjänsten ordnad sysselsättningsform som X var i kontakt med under LVM. X tror att han eventuellt har ADHD och skulle nu vilja göra en utredning, något han avstod från under tiden på Hornö.

Vi får sedan en rundtur och får se det rum som är ledigt och som X kan få flytta in i. Det är sparsamt möblerat, har en kokvrå och består av ca. 25 kvadratmeter. På vägen tillbaka verkar X ganska positiv. Han kommenterar

utseendet på den ena tjejen i personalen som han tycker är mycket söt. Det lutar mot att han kommer att flytta in.

Vi har sedan lite tid på kontoret men åker innan lunch till en annan ung klient som nyligen lämnat LVM-hemmet och fått en egen lägenhet. Hon har dock återfallit i drogbruk och måste därför lämna urinprov för att få komma tillbaka till den ordnade sysselsättning som ingår i hennes planering. Men, X har svårt att kissa trots att hon druckit en massa vatten. X behöver åka till sin vän för att hämta lite tillhörigheter på andra sidan stan och eftersom samo inte har så mycket annat att göra på eftermiddagen erbjuder hon sig att skjutsa X och sedan ge X en ny chans att lämna urinprovet.

Vi kör alltså klienten och det tar tid för X att samla ihop sina saker. Sedan kommer både hon och kompiserna och de undrar om kompiserna kan få åka med till stan. När vi till slut är tillbaka hos X kan hon fortfarande inte lämna urinprov. Hon dricker mer vatten, men inget händer så vi åker därifrån för att äta lunch och sedan komma tillbaka för ett nytt försök. När vi kommer tillbaka för tredje gången lämnar hon provet och det visar att hon är positiv på de droger hon använt.

Vi kommer för sent till Runnagården där samo ska genomföra ett CRA-samtal med en klient. Det är deras första CRA-samtal, både samos och klientens.

Samo börjar med att berätta vad CRA går ut på för klienten X. Hon säger att det handlar om positiv förstärkning här och nu. Det handlar inte om att "älta tillbaka i tiden". De ska jobba utifrån mål och lära sig hanteringsstrategier, positiva och negativa, skapa en medvetenhet, minska skuld känslor och stärka självtilliten. Samo påpekar att även bakslag kan föra något positivt med sig. De ska jobba utifrån formulär och börja med en tillfredsskala där de går igenom hur nöjd X är med olika områden och utifrån det ska de välja ett fokusområde. X ombeds säga till om något inte är intressant och sedan visar samo formulären. Det är meningen att det ska bli lättare för X att göra val om hon är mer medveten. "Även om du är medveten redan idag" menar samo att det kan underlätta att bli mer konkret. En sessionsrapport kommer att fyllas i och där tar vi även upp hemuppgifter, menar samo.

Samo berättar om tillfredsskalan som de ska börja med och sedan får X fylla i hur nöjd hon är med de olika områdena och berätta hur hon tänker kring dem. X sätter en 10:a på alkohol och narkotika, men bara ettor på arbete/studier, ekonomi, socialt umgänge, äktenskap/relation. Hon säger att hon har vant sig vid att "gå här och lalla".

De väljer att fortsätta med arbete och sätta upp målsättningar inom det området. X vill ha ett riktigt arbete. Sedan diskuterar de fördelar och nackdelar med att ha ett arbete och fördelar och nackdelar med att vara arbetslös. X ser mest fördelar med att ha ett arbete och nackdelar med att vara arbetslös. Hon menar att man fyller en funktion när man har ett jobb. Samo frågar var X idag finner tillhörighet och X svarar "ingenstans". Sedan börjar de tala om

hur det ska gå till att få ett jobb. X menar att hon måste söka jobb och ser arbetsmarknadsåtgärder mest som en transportsträcka. De talar om när X ska börja söka jobb och inom vilket område, men inte så mycket mer konkret om hur hon ska gå tillväga i jobbsökandet.

Samo sammanfattar sedan målsättningen och de bokar in tre träffar till. Hemuppgiften blir att se till att ringa till det center som står för arbetsmarknadsåtgärden (en slags jobbträningsscenter) så att hon kan få ett datum då hon kan börja där. De gör vidare upp en planering för nästa tillfälle. De ska då ta upp personliga vanor och formulera mål på det området. I hemuppgiften ingår även att fundera över personliga vanor. Sen utvärderas dagens övning och X menar att det är lite "tjingtjong", lite "rörigt". Men att det kanske beror på att det är nytt och att hon ändå har fått en tydligare bild av vad det handlar om.

Därefter är arbetsdagen och arbetsveckan slut.

För att sammanfatta vad samordnare jobbar med är det allt från att mata fiskar, bära ut post, ta urinprov, vara ett stöd för klienter och socialarbetare, kontrollera andra aktörers arbete (främst socialtjänst och institutioner) till att syssla med planering och behandling. Men alla samordnare har inte alla dessa typer av funktioner. Sammanställningen visar att arbetet innebär mycket och ibland långa resor, många möten och flera svåra avvägningar. Det kräver både stor organisationsförmåga och diplomatisk förmåga. Det framgår inte så mycket hur de resonerat i olika fall (lite mer om resonemangen tas upp i delar av analysen kring olika teman där fall från typarbetsveckan utgör exempel), något som dock diskuterades regelbundet med samordnarna under de veckor jag följde dem. Under veckorna genomförde jag även intervjuer med andra aktörer som samordnaren kom i kontakt med, men även dessa intervjuer har utelämnats i den beskrivna veckan.

Skillnader i hur samordnarna arbetar

Flera aktörer uttrycker att samordnarrollen var något otydlig från början, och kanske även fortfarande. För samordnarna var det oklart vad de skulle göra i början och var och en utformade arbetet delvis efter eget tycke och möjligheter (se Planering och genomförande av VKP ovan). Efterhand utformades en beskrivning av samordnarrollen och dess innehåll hänvisar ofta samordnarna till när jag frågar om deras funktion. Det blev dock tydligt under de veckor som jag tillbringade med samordnarna att de arbetar på olika sätt. Medan vissa följer klientens varje steg har andra en mer yttlig relation till klienterna. Medan några agerar diplomatiska medlare är några mer konfrontativa. Medan vissa tycks stå närmare socialtjänsten är en del närmare SiS. En del tycks inta mer terapeutiska roller och andra agerar i högre utsträckning som socialtjänstens sändebud. En del har varit initiativtagare till träffar och den som bokat och bjudit in till möten, andra har intagit en mer passiv roll och förväntar sig att vara en av dem som bjuds in. Det gäller även agerande under

möten. En del leder mötet, andra är så passiva som möjligt och går bara in när något fallerar. Flera faktorer tycks påverka hur samordnarna arbetar. De mest centrala faktorerna som jag identifierat gäller samordnarens kännedom om/hur känd samordnaren är i kommunen (främst genom att ha jobbat inom socialtjänsten, vilket kan ha både fördelar och nackdelar), antal klienter som samordnaren har att arbeta med, var samordnaren är placerad i kommunen, samordnarens tidigare arbetserfarenheter, samordnarens uppfattning om sitt uppdrag och samordnarens intressen/personlighet/egenskaper/attityder och engagemang.

”Sen tror jag också att samordnarna på olika håll har löst sin uppgift olika också. Så att en del samordnare tänker att ”Nej men jag gör hela paketet” så att säga. [Namn på en samordnare] är ju en sån där. [Namn på en samordnare] gillar att göra sina egna...han/hon åker och besöker dem och håller i dem noga och så här, medans andra tror jag delegerar det, är mera...är administrativa.” (Utbildare/handledare i CRA 060516)

Från nästan all institutionspersonal uttrycks att samordnarna jobbar på olika sätt och att de lärt sig hur de jobbar och anpassar sig till det, även om de föredrar vissa sätt framför andra. En stor skillnad är intensiteten med vilken man besöker klienterna på institutionerna, vilket delvis förklaras med att samordnarna har olika antal klienter och delvis med att man jobbar på olika sätt. En del samordnare besöker också vissa klienter mer än andra, vilket ju kan bero på bättre kontakt med vissa och på olikheter i behovet av samordnarkontakt, men det är något som institutionspersonal reagerat negativt på. Generellt uttrycker dock institutionerna att klienterna verkar nöjda med sina samordnare och att klienter från andra kommuner är avundsjuka. I en del fall uttrycks att samordnaren gått utanför sina befogenheter, lovat klienten saker, fattat beslut som de egentligen inte kan fatta o s v.

I den sista intervjun med samordnarna tog jag upp att jag upplever att de jobbar på ganska olika sätt och att det även är en upplevelse som institutionerna beskriver (för socialtjänsten är det svårare eftersom de i regel bara har kontakt med en samordnare, men i fallet Örebro där man bytte samordnare talar flera om hur olika dessa två jobbat). Jag ville få samordnarna att reflektera över detta, men det är svårt för dem, delvis eftersom de inte är helt insatta i hur de andra jobbar. De medger dock att det finns ett visst ”spelutrymme”. De flesta verkar dock inte se sig själva som behandlare och går heller inte in i behandlingsarbete. De ser nog snarare till att andra utför det behandlingsarbete som man kommit överens om. Samordnarna beskriver vidare att det handlar om att verka för att överenskommelserna följs och stötta klienten efter utskrivning från LVM-institutionen, vilket bygger på att man fått en kontakt med klienten redan under institutionstiden, vilket kräver att man besöker och håller telefonkontakt under den tiden.

”Nåt som har visat sig ändå kan jag tycka. Det är ju att skapa en så god förtrolig kontakt redan här på LVM-hemmet, för då har man nånting, ett kapital att jobba vidare med när de kommer ut på en 27:a. För har man inte haft tid att engagera sig i klienten här, då finns liksom inget, inga relationer att gå vidare med sen heller.” (Fokusgrupp Hornö 061205)

Var inom kommunen samordnaren placeras rent fysiskt tycks ha betydelse. I Örebro är samordnarens kontor inrymt i vård- och behandlingssektionens lokaler, vilket innebär att hon inte har lika tät och nära kontakt med de handläggare som fattar beslut om LVM. I övriga städer sitter samordnaren närmare eller ihop med myndighetsutövarna, de som fattar beslut om LVM. I dessa fall kan samordnaren tänkas ha fått mer inflytande i hanteringen av ett ärende tidigare i processen, medan samordnarens placering i Örebro kan ha underlättat för inblicken i eftervården.

Om samordnaren är känd och uppskattad i kommunen sedan tidigare underlättas arbetet (kontakten med socialtjänsten, se citatet nedan), men samtidigt kan det innebära att samordnaren stöter på tidigare klienter. Det kan vara lättare för en sådan samordnare att förväxlas med socialtjänsten. Den som är helt okänd sedan tidigare kan ha svårt att bli accepterad av vissa i början och ges kanske inte samma förutsättningar (ex. eget kontor). Det kan leda till att samordnaren identifierar sig mer med institutionerna/SiS. Två av samordnarna råkade ut för omorganisationer i sina respektive kommuner. Det betydde i ett fall att samordnaren fick en viktig roll under den turbulens och höga personalomsättning som blev resultatet av omorganisationen. En annan samordnare fick en svår och otacksam uppgift när hon ersatte en i kommunen känd och populär samordnare som hunnit etablera ett arbetssätt som uppskattades. Bytet av samordnare i Örebro gjorde också skillnader i arbetssättet tydligt. Den nya samordnaren började ställa frågor om hur man arbetar och då uppdagades skillnader, vilket också ledde till att de gamla samordnarna blev mer osäkra över sin roll. Projektledaren beskriver bytet av samordnare som ”den sköraste delen i hela systemet” – ”det skulle varit fem samordnare hela tiden”. I det andra citatet nedan framgår även att en och samma samordnare kan uppfattas på olika sätt inom en organisation.

”X: Ja, sedan är ju också fördelen för oss, det är ju att vi har jobbat med [samordnarens namn] förut, för att han satt ju i rummet bredvid tidigare, så man har redan en relation och det gör ju att det blir inte det minsta besvärligt att höra av sig.

JP: Nä, just det, det hade varit skillnad kanske om det hade varit någon helt ny person som hade haft det jobbet som [samordnarens namn] har.

X: Det tror jag att det hade varit.” (Socialsekreterare, Uppsala 060118)

”...det finns en narkotikaenhet och det finns en alkoholenhet och narkotikaenheten, där jag jobbar, är väldigt positiv till det här sättet och har tyckt att samordnaren har haft en väldigt viktig roll och det har varit någon som man har haft med sig i ärenden och man har bollat och på alkoholenheten tycker man lite grand det här som du sade att en till som ska vara med och det blir jättetungrott och man ska försöka få till möten med en till part.” (Fokusgrupp socialtjänstrepresentanter 061213)

Vad borde en samordnare göra?

Vad en samordnare borde göra uttrycks på minst lika många sätt som vad en samordnare inte bör vara, samtidigt som vad en samordnare skiljer sig från säger något om vad de borde vara. Det här stycket kan därför ses delvis som en sammanfattning av det som redan framkommit i avsnittet om samordnarfunktionen. Samordnaren ska alltså inte vara en behandlare eller socialsekreterare, men i de fall socialtjänsten eller andra inte gör sitt arbete är det bra med en samordnare som kan täcka upp där det behövs. Generellt sett tycker de allra flesta att samordnarna har en viktig funktion och gör ett bra arbete.

”JP: Vad tror du att det har betytt att [samordnarens namn] har varit med i det här ärendet?

X: Mycket tror jag. Jag tror att det är väldigt mycket... Jag tänker att... Ja alltså han bidrar ju till en kontinuitet... ja, praktiskt, konkret kan ju jag säga då till exempel när det sker såna här saker som att vi, att [klient] måste byta handläggare, socialsekreterare då va, då är ju [samordnarens namn].... Jo alltså då... att han har, han har bidragit till kontinuitet och bidragit till också att kvalitetssäkra eftervården väldigt, väldigt noggrant. Alltså nu kan ju jag prata om honom som att han har personliga egenskaper som jag uppskattar och värderar, verkligen. Men att det ingår i hans uppdrag, och att det uppdraget är väldigt... väldigt adekvat, väldigt rimligt! Bra på många sätt, skulle jag säga! Jag är väldigt, väldigt förvånad och glad över att man har den ambitionen, med Vårdkedjeprojektet. Jag tycker det är sympatiskt.” (Socialsekreterare, Katarina Sofia 060426)

”Eh, och också så är ju den allmänna uppfattningen här att [samordnarens namn], som är vår kontaktperson eller vår samordnare, hon är jättebra alltså. Och har väldigt mycket kontakt med, åt båda håll så att säga. Så att... Sedan kan jag naturligtvis inte säga i detalj vad hon gör och hur hon jobbar, det vet jag inte. Men mer att hon, hon är en person som är betydelsefull både ute på institutionen och här.” (IFO-chef, Maria Gamla stan 061117)

Från institutionernas (chefer och andra) sida har det påpekats flera gånger att en samordnare borde arbeta som intensivast i övergången från slutet till mer öppen vård. Å andra sida pekar samordnarna på svårigheterna med det

arbetssättet då de menar att när klienterna kommer ut från institutionerna vill de ofta ha mindre kontakt. Samordnarna menar att även om man har avsikten att jobba intensivt i övergången till öppenvård så fungerar det inte alltid i praktiken. Däremot arbetar samordnaren ofta som intensivast med en klient i förberedelsen för övergången.

”Z: Nej, och sen, jag tänker att samordnaren är ju olika viktig i olika skeden också... Jag tänker att samordnaren är väldigt viktig när man går härifrån och kommer ut i nåt annat.

X: Alltså för att hålla ihop och...” (Fokusgrupp Runnagården 061220)

”Ja, precis och att man ändå tycker att man visar väl eller så men... Jag tror att vi allihop är, man är på och man, liksom, motiverar och då kan man, liksom, inte backa ur fast man bara känner att usch! [flera pratar samtidigt] Säkert kan jag tänka mig att man tycker att det är väldigt, alltså kul när vi kommer till institutionerna och, alltså man får besök och man [ohörbart]... Men när man väl kommer hem, va. Nej, men då, då vill man klara sig själv, vara vuxen, liksom, nu räcker det, så.” (Fokusgrupp samordnare 061122)

Andra har betonat vikten av att samordnaren för klientens talan och är ett stöd eller ”språkrör” för klienten. Samtidigt får samordnarna viss kritik om de lyssnar för mycket till vad klienten uttrycker. Ytterligare andra nämner vikten av att samordnaren håller en nära kontakt med andra vårdaktörer. Samordnarens uppgift tolkas av vissa som att de ska vara kontrollanter som kontrollerar att aktörerna gör det de ska (samordnarna säger det själva indirekt när de menar att de ska vara en garant för att klienten får det den har rätt till och i bevakandet av att överenskommelsen följs). I citaten nedan från samordnarna framkommer dock att den centrala överenskommelsen som samordnaren har att övervaka inte användes på ett tillfredsställande sätt, åtminstone inte i början av projektet.

S tycker att samordnaren ska vara ”länken mellan klient och olika myndigheter och institutioner”. Se till att klienten inte trillar mellan stolar och hjälpa klienten att få sin röst hörd. Samordnaren ska också vara den som översätter för klienten vad andra gör och menar. ”Lotsa klienten mellan.” (Anteckningar från intervju m socialtjänstchef, Örebro 061128)

”X: Men som sagt att om man tänker att överenskommelsen är det som är huvuduppdraget, att dels se till att det blir en sådan medling och sådana saker som kanske behövs innan och förbereda och följa upp. Det är ju rätt så tydligt egentligen vad uppdraget är.

Y: Får jag fråga en sak där? Överenskommelsen har ju varit som någon slags mantra men alltså den tiden jag var med så var det ju inte något bra när jag tittar tillbaka i, liksom, backspegeln.” (Fokusgrupp samordnare 061122)

”Z: Det handlar om att i början så var man väldigt låst, rubrikerna, liksom det nyttjades så väldigt fyrkantigt.

Y: Ja, dels är det ju det, naturligtvis, att man, ingen vet ju, liksom, hur det skulle gå till eller hur det var, vad som förväntades och vad ska stå här och vilken rad är det? Man fastnade ju i sådant först men om man bortser från det så är det ju ändå, om man säger, ett sådant viktigt instrument. Men hur viktigt är det egentligen i... för om jag tänker tillbaka så, vi hade den där överenskommelsen men det var inget levande dokument i vardagen sedan.” (Fokusgrupp samordnare 061122)

Ibland har samordnaren blivit en klagomur för klienten som vid problem på institutionen gärna ringer till samordnaren och beklagar sig (se de två första citaten nedan). Ibland ringer då samordnaren institutionen och diskuterar problemet och i vissa fall ifrågasätter deras agerande. Det beskrivs i huvudsak som negativt från institutionerna, men det kan också ses som positivt med en ökad insyn på ganska slutna institutioner. Rollen som kontrollant tenderar att vara en otacksam roll. Få personer gillar att någon kontrollerar en eller ens arbete. Tydligt är att en samordnare har många att stöta sig med och många att tillfredsställa. Det är ingen lätt uppgift, vilket visas delvis i fallet på Runnagården då samordnaren ställs inför den klient som är mycket missnöjd med hur hon blir behandlad (typarbetsveckan, dag 1 sista delen). Vid ett annat tillfälle deltog jag i handledning med samordnarna där ett stort samtalsämne gällde hur de skulle hantera socialtjänsten i sina kommuner när de tyckte att dessa agerade fel/inte följde lagen. Främst gällde det att socialtjänsten inte fattade ett nytt beslut om LVM för klienter som de visste uppfyllde kriterierna. Om diskussioner med personalen och chefer inte hjälper återstår att anmäla felhanteringen, men det kan försvåra framtida samarbete och samordnarna ska fortsätta att arbeta nära socialsekreterarna. Samordnarna blir en del av socialtjänstsystemet och det tycks krävas en stor diplomatisk förmåga för att hantera konflikter. Konflikter mellan samordnare och socialsekreterare framträder också i samtal med institutionerna som ibland förvånats över en dålig kommunikation dem emellan och som upplevt sig hamna i kläm (sista citatet nedan). Mycket tid har ägnats både på institutioner och inom kommunerna åt att diskutera roller, konflikter, förväntningar o s v. Ibland gäller konflikterna också socialtjänsten och institutionerna där samordnaren kan uppfattas som lierad med den ena eller den andra om de inte lyckas balansera på diplomatins lina.

”X: Fast det är, det kan, det är ju positivt just i många fall, men jag upplever också i en del fall att det blir så att samordnaren blir nån sån här klagomur. För så fort de är missnöjda med nånting så här då ringer de och beklagar sig för samordnaren. ”Ja, det och det och de är dumma, vi får inte göra det och så och så och si och så. Så...

Z: Och sen kan samordnaren ringa hit och fråga är det så.

X: "Hur är det med det där egentligen", och sådär och ifrågasätta om... Men, så det är väl både bra och dåligt det där då. Och det beror väl kanske på hur samordnaren hanterar det då sen." (Fokusgrupp Runnagården 061220)

"X: Man märker ju hur de kör lite med dem ibland, de gör faktiskt det.

JP: Hur?

X: Ja, "gör det, gör det, du är ju samordnare i vårdkedjan, gör det åt mig gör det åt mig. Se till att fixa det här. Ja säg det att jag vill ha't såhär." liksom när de går på. När vi säger ifrån och har ett motstånd, då ringer de till dem och försöker få en öppning. Det är väl lite smidigare med dem." (Fokusgrupp Hornö 061205)

"X: Ja, och det är ju där som vi också hamnar lite i kläm för då tror vi. Ibland har jag trott, i början mest var det väl så. Nu har man ju lärt sig då, det beror lite på var och vart och så, men då var det så att man tog för givet att de hade, att de samarbetade som de skulle.

Z: Att de hade en dialog emellan.

X: Att de hade en dialog och sen kom de hit och då visade det sig att de inte alls hade någon dialog och samordnaren var inte informerad och inte var med vid mötet och det blev helt jättekonstigt. Men då har man så här kontrollreflexer att man i fortsättningen börjar ringa till båda. [...] Och det är också extraarbete och det kan jag tänka ibland att det är så onödigt då. För det är egentligen deras problem då." (Fokusgrupp Runnagården 061220)

Bilden av samordnarna som kontrollanter förmedlas även av socialtjänsten. En socialtjänstchef talade om samordnaren som försvarsadvokaten som delvis "försvarar" mot socialtjänsten och nedan följer ett citat som antyder något liknande från en annan socialtjänstchef.

"Om man ska samordna så ska man väl, ska man ju stå lite utan, vara lite utanför. Både institutionen och oss. Ja, jag vet inte. Åtminstone ska man inte jobba helt nära socialsekreterarna heller för man måste kunna ha den där kritiska blicken på hur vi också beter oss." (IFO-chef, Uppsala 061127)

Andra metaforer för samordnaren är "smörjmedlet" och "sambandscentralen" (IFO-chef, Uppsala 061127). Det handlar om samordnarens roll som länk mellan socialtjänst och institution – att de ska underlätta deras kontakt.

"Eh... men kontakterna mellan institutionerna och socialsekreterarna är mycket samordnarens roll, som jag har förstått att de jobbar då. Både under själva placeringen och under §27-tiden men också länken in, ja när man ska hem." (IFO-chef, Uppsala 061127)

”Eh... Ja, att vara den person som står som kontaktperson mellan kommun och stat och som, framförallt, är för, för den individ som är placerad. [...] Och sedan kan det ju vara en länk då, naturligtvis, eller ska ju vara en länk till socialsekreteraren. För de som sitter och utreder och fattar beslut och så, men de har ju aldrig samma tid och möjlighet att vara den här personen.” (IFO-chef, Maria Gamla stan 061117)

En annan beskrivning som förekommer i samtal med samordnarna (050905) är att de är några som ”fyller i hålen”. De ska inte ersätta någon annan aktör, men gör det som ingen annan gör. Men samordnaren är också den som står för ”kontinuitet” och följer upp mål. En liknande beskrivning framkommer i ett samtal med socialtjänstrepresentanter.

”X: Det ligger på olika nivåer också, dels med klientkontakten att man motiverar, länkar i, fyller i då till exempel, men det är ju även mer med arbetsgrupperna för att vidareutveckla en ny yrkesroll så att säga inom citationstecken, så det blir på många olika nivåer, med socialtjänsten och inom institutionen.

JP: När du säger ”fyller i hålen”, är det mer att alltså...[ohörbart] ... tar hand om då?

X: Ja, i avvaktan på att rätt person, en kontaktperson eller [ohörbart]stödjure kommer in, det är det jag menar med att fylla i hålen.

Y: En person som är lättillgänglig tror jag också lite, har jag uppfattat i alla fall.

Z: Precis. Jättetydliga med att vi inte är institutionspersonal eller från socialtjänsten, vilket är väldigt bra, det tycks det i alla fall uppfattas som, oerhört positivt.” (Fokusgrupp samordnare 050905)

”Det tycker jag men, så att jag tycker att samordnaren har blivit lite grand klient, som för klientens talan. Lyfter fram när vi inte riktigt mäktar med den roll som vi egentligen har. Alltså när vi brister i långsiktighet eller följa upp kontakten och, eller ta över CRA-samtal eller tänka friare runt och se möjligheter. Så tycker jag att han har varit så där, vårt samvete och sagt det att nu har vi glömt den här eller, om jag tar i lite.” (Fokusgrupp socialtjänstrepresentanter 061213)

Samarbete

Ett vanligt syfte i projekt av det här slaget är att förbättra samarbetet. I det här fallet är det tänkt att ske bl a genom användandet av samma metoder och genom gemensamt planerande för klienterna och med hjälp av samordnaren som knyter socialtjänst och SiS närmare varandra. En fråga att ställa sig initialt är dock om samarbete alltid är av godo. Det tas ofta för givet (som citatet nedan antyder), men är kanske inte självklart om man börjar analysera det

närmare och utifrån olika förhållningssätt. Exempelvis från ett klientperspektiv kan det som berättas för en aktör bli känt för en annan aktör, som klienten inte avsett att ge samma information, vid ett nära samarbete och det finns en integritetsaspekt att ta hänsyn till (Fondén m fl, 2003). Man bör också fråga sig vilket syfte ett utökat samarbete tjänar?

”Ja, det är det. Och det... Alltså det, det är ju till det goda för klienten. Bli institutionerna så pass öppna att de är lyhörda för att socialtjänsten vet en massa om den här klienten och klientens tidigare liv så att de kan anpassa vården efter det och socialsekreteraren förstår att så här ser situationen ut på ett LVM, ja alltså så här, va. Det är klart att det sammantaget gör att möjligheterna för den här individen, att få precis den hjälp den behöver, de ökar, va. Jag är absolut övertygad om detta.” (Styrgruppens ordförande, 061219)

Utifrån målsättningen att förbättra samarbetet måste vi dock gå vidare och fråga oss om samarbetet blivit bättre. De allra flesta svarar att så är fallet. Åtminstone mellan de tre inblandade institutionerna och de fem kommunerna/stadsdelarna. Det förbättrade samarbetet hänförs i första hand till att kommunerna främst har med dessa institutioner att göra medan de tidigare hade klienter på flera institutioner (tredje citatet nedan). Kommunerna tycks nöjda med det förbättrade samarbetet och en del uttrycker viss förvåning över institutionernas engagemang. De har alltså mer kontakt med de aktuella institutionerna än vad de hade tidigare.

”Och i det praktiska arbetet och i samarbetet med [samordnares namn], samarbetet med institutionerna, det är den stora förändringen då. Så att det, det har blivit tydligt att det finns människor där, man har fått ett ansikte, man har, vi har samarbetat väldigt nära kring de klienter som ska flyttas över till [ohörbart]. Det tycker jag har fungerat väldigt bra.” (Fokusgrupp socialtjänstrepresentanter 061213)

”Det som är positivt är ju också det att vi har haft de här tre institutionerna och att jobba upp ett samarbete, så det önskar ju jag att man kunde behålla. Nu när vi har jobbat under de här åren och har börjat hitta samarbetsformer så det är ju önskvärt, det har ju varit en otrolig förmån.” (Fokusgrupp socialtjänstrepresentanter 061213)

Samordnaren beskrivs ibland bidra till en ökad förståelse mellan de två aktörerna, som en slags översättare som kan förklara hur den andres möjligheter ser ut och hur den andre resonerar.

”De har ju varit, så att säga, bärare av kulturer fram och tillbaka.” och ”Så att de har ju varit sådana som har burit kunskap fram och tillbaka. Och tror jag, har lett till att öka förståelsen.” (Projektledaren 061129)

”För kanske kunskapen för kommunerna har ökat lite om institutionerna när vi har funnits med. Vi har ju förmedlat saker och ting...”

”Men kunskapen har väl gått i båda riktningarna...” (Fokusgrupp samordnare 061122)

”Ibland har det känts väldigt bra att samordnaren har den där dialogen med socialtjänsten som kan kanske nyansera upp lite grand emellan.” (Fokusgrupp Runnagården 061220)

Inom arbetsgruppen, och även styrgruppen, tycker man att den personliga kontakten de fått inom gruppen är positiv, men huruvida det som diskuteras där, eller den kontakten har någon praktisk betydelse för handläggare och institutionspersonal som inte ingår i gruppen är svårare att uttala sig om. En del personal har inte känt till arbetsgruppen, vilket tyder på att det inte är en stående punkt på dagordningen, vilket inte är detsamma som att arbetsgruppen inte påverkar arbetet – det kan ske mer indirekt, vilket också är svårare att få grepp om med intervjuer.

”Nej, jag tänkte bara gå vidare eftersom jag också är socialsekreterare och jag har inte heller förstått att det har funnits en arbetsgrupp och styrgrupp [skrattar till] och nu helt plötsligt börjar jag också förstå, [...] utan det jag vet om projektet det är ju det jag har lärt mig av [namn på samordnare] som är samordnare. På alla våra resor tillsammans på de olika behandlingshemmen och hon har beskrivit och pratat om det så det är ju tack vare henne som jag har en inblick i det här med SiS-projektet.” (Fokusgrupp socialtjänstrepresentanter 061213)

På institutionerna ser man att samarbetet med kommunerna som ingår har förbättrats med bättre personkännedom, men de har även ett bra samarbete med andra kommuner som placerar många klienter hos dem (se citat från Runnagården nedan). I några fall har dock, som nämnts i föregående avsnitt, samordnaren inneburit att institutionen har mindre kontakt med kommunen för att de huvudsakligen har kontakt med socialtjänsten via samordnaren. Det har nämnts särskilt angående Eskilstuna och ser lite olika ut från kommun till kommun. Samordnaren från Eskilstuna ifrågasätter också påståendet att samarbetet skulle ha blivit bättre.

”Z: Mm, så där har det ju blivit mycket att man har lärt känna socialsekreterarna mycket mer och där tycker jag överhuvudtaget att de kommunerna som är med så känner man ju igen handläggarna. Alltså för de har ju haft mycket fler placeringar här så att man har ju haft mer samarbete med dem.

X: Fast det är lite olika. En del som Jönköping till exempel. Tycker jag att...

Z: Du menar att de har man ändå en bra kontakt med...?

X: Ja, de har haft en del här då och så där då. De är lätta att samarbeta med..." (Fokusgrupp Runnagården 061220)

"Inte kanske... Det har, har ju mer blivit att man vet vem som gör vad och sen är inte det nödvändigtvis det som är tänkt då, till exempel med Eskilstuna. Att det känns som att [samordnaren] gör allting där alltså. Håller kontakten, tar besluten, förmedlar besluten... ja, och så ska det ju inte vara men man vet att det är så. Så det har liksom blivit så att man söker [samordnaren] då." (Fokusgrupp Runnagården 061220)

"Jag är inte säker på att det har blivit ett bättre samarbete utifrån det att det... Alltså ibland kan det bli så att samarbetet blir samordnare, att samordnaren blir länken mellan dem som [ohörbart] och då är det inte mycket samarbete. För att då blir det ju en till som har gjort en tolkning och framför någonting. Det är så, att det är inte alltid så att samarbetet förstärks." (Fokusgrupp samordnare 061122)

Även på chefsnivå beskrivs en ökad förståelse och respekt för varandras arbete: SiS har blivit en samarbetspartner att räkna med som har något att bidra med. Kommunerna uppskattar även den kontakt de fått med varandra – gäller främst cheferna/styrgruppen. Från SiS sida beskrivs en skillnad mellan kommunerna avseende förståelse och samarbete. Men sättet att se på var det fungerar bra och mindre bra tycks variera. Projektledaren är nöjd med Eskilstuna och Örebro, medan personal från en av institutionerna snarare ser problem med just dessa kommuner och ser ett klart förbättrat samarbete med Uppsala. På en annan av institutionerna upplevde man problem med Eskilstuna i början, men i slutet av projektet en klar förbättring och ett generellt bra samarbete med Örebro, medan de inte haft så många klienter från Stockholm och Uppsala. Däremot hade de haft en del konflikter med Enheten för hemlösa som tycktes bero på en skillnad i ideologi där Enheten gjort en striktare tolkning av LVM, något som även beskrivits gälla Stockholm generellt.

"Och sedan kan jag då tycka att egentligen är det Eskilstuna och Örebro, där har det ju fungerat bra hela tiden. Det känns det ju som, att det har gått jätteenkelt då'ra. I Stockholm känner jag att där har det ju också varit en början och fått lite mer gehör, i hela Stockholm. Att de har ju varit våra förrädare lite, i Stockholm. När det gäller SiS missbruksfrågor och så. Så det har haft stor betydelse. Uppsala har varit lite marigare faktiskt, för att de har alltid med, har haft sitt eget kit i alla fall va. På något sätt, tycker jag. De har varit svårast då. De kom in, å andra sidan, lite efter va." (Projektledaren 061129)

X: Jag tycker det är väldigt olika.

Z: Ja

X: Jag tycker att Uppsala har vi fått, har i alla fall jag fått ett mycket mycket bättre samarbete med.

Z: Ja

X: Örebro tycker jag inte har..." (Fokusgrupp Runnagården 061220)

De gemensamma utbildningarna har också inneburit en ökad kontakt mellan institutionspersonal och socialsekreterare som omnämnts i positiva ordalag. Att institutionen i en del fall varit mer involverad i klienterna efter att klienten lämnat institutionen har också inneburit att tillfällena till möten ökat och dessa tenderar att generera en bättre personkontakt. Socialtjänsten har också blivit frekventare besökare på institutionerna generellt. Det har beskrivits att vissa socialsekreterare inte besökt sina klienter alls tidigare, men nu gör de det åtminstone för genomförandet av överenskommelserna. Det har också påpekats att socialtjänsten kommer in tidigare i planeringen.

"Y: Socialtjänsten är väl mera med, med i ett tidigare skede nu.

X: Mycket tidigare." (Fokusgrupp Hornö 061205)

Jag har även frågat respondenterna om samarbetet med andra aktörer påverkats av VKP. Svaren är mer tveksamma i detta fall. Några kan inte se på vilket sätt projektet skulle ha kunnat leda till det och andra menar att så kan ha varit fallet i enskilda fall där någon från exempelvis beroendecentrum involverats i klienten (det är svårt att säga att det inte skulle ha skett utan projektet). I Stockholm har ett samarbetsprojekt startats med Dianova, som har en brukarrådsrepresentant i styrgruppen, något som hänförs till projektet.

För att summera tycks alltså samarbetet mellan SiS och kommunerna ha förbättrats som en följd av fler kontaktytor/-tillfällen, men i några undantagsfall har samordnarens övertagande av socialtjänstuppgifter inneburit mindre kontakt mellan institution och socialtjänst i enskilda ärenden. Det är svårare att uttala sig om effekter av denna förbättrade kontakt när det gäller klienterna. Det går att föreställa sig positiva effekter som en upplevelse av mer samordning och överlappning även för klienterna, men även minskad integritet (se Storbjörks kapitel i denna rapport).

Samarbetet med psykiatrin

Under fältarbetet har psykiatrin uppmärksammats ett flertal gånger som en viktig samarbetspartner och aktör i flera av LVM-klienternas fall. Det är också det samarbete som kommit att framstå som det mest problematiska av flera anledningar. Jag vill här främst lyfta en diskussion som handlar om ansvarsområden (syn på vem som ska vårdas inom psykiatrin och vem som ska vårdas genom socialtjänstens försorg) och enskilda fall av samarbete som inte fungerat särskilt väl. Jag börjar med några exempel på samarbetet utifrån

socialtjänstens perspektiv. I det första fallet talar vi utifrån samarbetet gällande en klient som vi nyss träffat tillsammans med bl a psykiatrin.

”Psykiatrin är jag ju mera orolig över. Alltså jag har jobbat mot psykiatrin förut i andra sammanhang. Då har det fungerat ganska bra tycker jag, ...även då man...Naturligtvis kan det iakttas svårigheter i öppen- och slutenvården och så där, men här känner jag att Katarinahuset är...är inte lika...lätta att ha...få med i matchen, om man säger så. De är inte entusiastiska, de har ingen direkt best... Det är det också väldigt tidigt att säga nånting om men jag upplever att det är, att det kan, att det är lite svårt. Framför allt upplever jag det också ur klientperspektivet. Det är flera klienter som uttrycker att det är svårt med tillit och respekt och att de får en adekvat möjlighet att komma till nånting bra när de uppsöker Katarinahuset. Och jag känner väl att det mötet idag var väl ytterligare ett så att säga en...ja ytterligare ett steg i den, den rikt...eller jag kunde erfara och se att det är så här det ser ut! Man kommer in tre kvart för sent. Det är ganska nonchalant. Man har, man vilar på grundvalar om vad som har hänt och misslyckanden som har gjorts, istället för att kanske: Vad roligt! Vi ska se! Vad kan vi göra framåt? Vad vill du ha av oss? Och så där. Jag... jag är lite chockad ändå. Det måste jag nog säga. Jag tycker att det är tråkigt, och så. Jag har fog för större oro kanske. Större oro.” (Socialsekreterare, Katarina Sofia 060426)

Samtalet fortsätter sedan på ett mer allmänt plan, men fortfarande utifrån klienten, som socialsekreteraren menar kanske inte hade blivit aktuell för LVM om det inte varit för psykiatrireformen. Socialsekreteraren ser också förhoppningar om ett bättre samarbete med psykiatrin i och med VKP.

”JP: Du menar att det kanske inte ens hade blivit ett LVM, utan att det hade blivit nån...

X: Nej jag tror faktiskt... precis. I ärlighetens namn så tror jag inte att man skulle... kanske tillämpat...SEN samtidigt så hade det kanske varit...det kanske inte, hade kanske inte varit...Samhället hade kanske manifesterat sig på ett annat sätt och det hade kanske varit än mera oupptäckt va, alltså i form av slutenvårdsplacering inom psykiatrin och nerdrogad med mediciner och sånt där. Det kanske inte är riktigt ändamålsenligt heller. Det är svårt att veta. Men de här människorna är ju utmanande i samhället. Det här är ju verkligen en, det här är ju verkligen en häftig grej att försöka lösa alltså. Jag menar rent metodologiskt, forskningsmässigt, praktiskt på många plan kan man liksom verkligen... Det här är, som jag ser det, utmaningen. Verkligen.

JP: Jo. Jag... alltså [ohörbart] Hur hanterar vi människor som mår dåligt så, som inte...?

X: Som inte funkar riktigt i gängse mallar. De mallar vi har byggt för dem också på nåt sätt. Och kritiken kring det här var ju tidigare att de föll mellan stolarna. Nu verkar det som att de sitter på alla stolar på en gång! Det är också spännande.

JP: Det är rätt fascinerande alltså.

X: Ja det är fascinerande. Man blir liksom... ja. Så jag kan ju känna, jag kan känna mig väldigt, väldigt, ja man kan ju känna sig oroad, men jag känner mig väldigt entusiastisk. Det är väldigt kul att jobba. Jag känner väldigt mycket framtid i det här och liksom på nåt sätt alltså, man skulle kunna bygga väldigt mycket... mycket nytt och fräscht och bra. Och jag tycker det här, till exempel kan jag verkligen slå ett slag för det [slår på nåt med handen], och sen att [ohörbart] Vårdekedjeprojektet, det är alldeles utmärkt! Få med de här segisarna på tåget, ja, det är ju liksom, psykiatrin hade vi ju inte fått halvvägs om inte Vårdkedjeprojektet...

JP: Det tror du inte? Nä?

X: Nej det tror jag inte. Jag tror de hade liksom droppat av och sagt att hon vill ju inte själv. Det tror jag, och så hade jag fått slita arslet av mig för att överhuvudtaget hon skulle få en kontaktperson där eller nånting. (Socialsekreterare, Katarina Sofia 060426)

Ett annat exempel på svårigheter i psykiatrisamarbetet är det fall som tas upp under dag 1 i typarbetsveckan. Socialsekreteraren vill att psykiatrin ska ta ett ansvar för klienten som lider av svår ångest/depression, medan psykiatrin vill att socialtjänsten tar ett nytt LVM med hänvisning till att individens huvudsakliga problem är missbruk. Socialsekreteraren, som också intervjuades om ärendet, säger att det inte hjälper att "straffa henne med LVM". Klienten kände sig mycket kränkt över det förra LVM:et och uttryckte för första gången tydliga självmordstankar när hon befann sig på institutionen. Men i denna kommun, liksom i flera andra kommuner öppnade man mot slutet av projektet en samarbetsenhet, beroendecentrum, tillsammans med landstinget där även psykiatrisk kompetens ska inrymmas, vilket man hoppas underlättar för samarbetet.

"Ja, alltså det verkar som att folk är glada över att det blir ett äntligen mer ordentligt samarbete där man förtydligar psykiatrens ansvar också mer, hoppas jag. Det kan annars vara svårt att få, alltså lätt för psykiatrin att skjuta över till kommun så fort det blir mer missbruk och det kanske man inte behöver göra på samma sätt förhoppningsvis, jag vet inte men det är en förhoppning. De verkar rätt nöjda med det. Lokalen är färdig så de flyttar in nu, i dagarna." (Fokusgrupp samordnare 061122)

En socialtjänstchef menar att kultur och synsätt skiljer sig mer mellan landstinget och socialtjänsten än mellan socialtjänst och SiS. Av citatet nedan framgår också att det handlar om oklarheter avseende ansvarsområden.

”Ja, vi har väldigt olika syn faktiskt. Vi, vi är... Och det som är också nu, nu handlar väl det om, om han som är verksamhetschef på psyksidan här som vi tillhör, för han var ju väldigt föregångare till, när det gäller sysselsättning och boende för psykiskt sjuka. Alltså han var ju långt före, kan man säga, psykiatrireformen. Så hade han allt det här tänkandet inom landstinget och han var, ville ju inte alls att man skulle föra över boende och sysselsättning till kommunen och det har ju... Det har ju blivit så då så att de som finns här i Katarinahuset, som vi samarbetar med, har ju nästan velat hålla kvar de här sysselsättningsdelarna och då blir ju det väldigt konstigt för det är ju vårt uppdrag.” (IFO-chef, Maria Gamla stan 061117)

Även institutionscheferna påpekar i en diskussion om behovet av tvångsvård (vilken de anser behöver utvidgas) att klienterna i större utsträckning borde vårdas inom psykiatrin (se citat nedan). På Enheten för hemlösa har behovet av ett ökat samarbete med psykiatrin aktualiserats inom projektet. Deras uppfattning är att LVM inte lämpar sig särskilt väl för en del av deras klienter med psykiska problem. Deras samarbete med psykiatrin har fungerat hyfsat i akuta ärenden, bortsett från viss brist på psykiatriker medan det är mer problematiskt när ett mer långsiktigt arbete krävs. De har därför sökt pengar för att starta en verksamhet tillsammans med psykiatri och beroendevård. De hoppas också få till stånd ett projekt tillsammans med SiS och psykiatrin ”där man kopplar ihop LPT [Lagen om psykiatrisk tvångsvård], LVM och socialtjänsten”.

”X: Nej, nej, nej, det är ju tvärsom, människans integritet och själ...va, men jag tycker, jag tycker det är så fel för man tycker det är kränkande då att man skulle LVM:a en människa och jag tycker tvärsom, jag tycker det är kränkande! Om jag blev så dålig och fick gå på Stockholms gator och göra bort mig och utan att kunna styra det själv, DET tycker jag är kränkande, och det har vi många idag. Jag tycker...”

Z: [ohörbart] en fara i ditt resonemang för jag kan tycka att de borde...borde omhändertas precis som du säger men inte inom LVM..., inom psykiatrin.” (Fokusgrupp, institutionschefer 050825)

Metoder

I det här avsnittet vill jag både diskutera inriktningen på de valda metoderna och hur de passar ihop med tvångsvård¹⁹ samt ge olika perspektiv på metoderna och implementeringen av dem. Jag börjar dock med ett försök att placera metoderna i ett sammanhang och diskutera varför just dessa metoder valdes.

Evidensbasera vården

Ett av syftena med VKP var att höja kvaliteten på vården (vilket också kan tolkas som att höja förtroendet för tvångsvården). Som rubriken antyder kan de valda metoderna förstås utifrån en allmän trend att evidensbasera, och delvis medikalisera, missbrukarvården. En viktig fråga att ställa sig är förstås vad som utgör effektiva sätt att behandla individer som anses ha ett alkohol- eller narkotikaproblem. Frågor som mer sällan tycks ställas är vilka typer av beteenden man vill/bör förändra och hur dessa ska förändras. Ändå är svaren på dem helt avgörande för hur vi ska förstå den första frågan om effektiva metoder. Ingen av frågorna går att få några definitiva svar på utan snarare pågår en slags förhandling (ibland outtalad) mellan olika perspektiv.

På senare tid har en rad ansträngningar på nationell och lokal nivå i Sverige syftat till att evidensbasera den s k missbrukarvården. Ansträngningarna bygger på en kritik av den vård som erbjudits dem som anses ha alkohol- och narkotikaproblem. Vården har ansetts hålla en låg kvalitet och bygga på enskilda vårdgivares känsla för vad som är bra för enskilda individer snarare än vad som genom forskning visats vara effektiva metoder för behandling. På regeringens uppdrag genomförde Statens Beredning för medicinsk utvärdering (SBU) en genomgång av forskningsläget på området som resulterade i en rapport om vad som utgör effektiv behandling (SBU, 2001). SBU-sammanställningen ansågs ha en tydlig medicinsk orientering och därför samlade Socialstyrelsen både den medicinska och socialvetenskapliga expertisen på området missbruksforskning i fem expertgrupper som arbetade fram forskarrapporter inom varsitt område. Dessa utmynnade i riktlinjer som är tänkta att implementeras i missbruksarbetet inom såväl socialtjänsten som landstinget. Riktlinjerna var klara i början på 2007 (Socialstyrelsen, 2007).

Riktlinjerna rekommenderar både dokumentationsmetoder och behandlingsmetoder och samtliga metoder som valts inom VKP finns nämnda i riktlinjerna. När det gäller dokumentationsmetoder användes redan innan projektet DOK, men i projektet beslutades att även ASI skulle genomföras med projektets klienter. Det kan tyckas märkligt med tanke på att DOK och ASI har många likheter och överlappar varandra till stor del. Den anledning som

¹⁹ Denna analys genomfördes redan under våren 2006 och presenterades som ett papper på Kettil Bruun Society meeting i Maastricht 2006. Nu är den "gamla analysen" sammanvävd med nyare material.

nämns är att ASI är mer internationellt spritt och att ASI har mer forskningsstöd bakom sig. Följande citat visar dock att ASI uppfattas ha andra fördelar i det praktiska arbetet som DOK inte ger.

”De är ju lite snarlika, men DOK det är ju bara en intervju. Sen gör ju apparaten sammanställningen. Här [med ASI] får vi ju liksom, ja man får mer gå in i klienten, man får mer ta reda på för att kunna göra sammanställningen. Så den blir mycket tydligare.” (Fokusgrupp Hornö 061205)

Utifrån ASI har ett annat kartläggningsinstrument utvecklats, kallat MAPS. Med hjälp av MAPS kan en planering utformas så att målsättningar sätts upp utifrån de problemområden som ASI fokuserar på och utifrån klientens motivationsnivå. Inom VKP beslutade man att även använda sig av MAPS.

Vidare valdes tre internationellt välkända behandlingsmetoder som har en kognitiv beteendeterapeutisk inriktning och som alla nämns i riktlinjerna från socialstyrelsen. Det gäller Motivational Interviewing (MI), Community Reinforcement Approach (CRA) och Återfallsprevention (ÅP). Medan CRA kan uppfattas som en paraplymetod där både MI och ÅP kan ingå är MI och ÅP mer begränsade i sina syften. MI går just ut på att motivera klienten och ÅP att förhindra att klienten återfaller när denne väl kommit ur sitt missbruk. CRA var tänkt att påbörjas i tvångsvården och sedan fortsätta när klienten kom ut i eftervård. Det skulle underlätta övergången/stärka kedjan från tvång till frivillighet (öppenvård). Kognitiva beteendeterapeutiska (KBT) metoder lyfts också fram i riktlinjerna som positiva och på senare tid har en ökad användning av sådana metoder kunnat skönjas även utanför tvångsvården.²⁰ Det är alltså ingen slump att just dessa metoder kom att dominera inom projektet och jag kommer i den följande analysen av KBT-metoderna också att visa på ett sätt att förstå metodernas ökade popularitet.

”... och då bestämde vi skulle börja jobba kunskapsbaserat, så att börja få in kunskapsbaserad socialtjänst och sen att vi skulle ha tydliga mål och uppföljningar så att så är liksom allt...” “...sen har vi börjat med de här manualbaserade metoderna och vi har ju utbildat all personal här i... dels också med hjälp av SiS och sen kompetensfonden och sen har vi satsat väldigt mycket utvecklingspengar själva så alla har fått fem poäng i kognitivt förhållningssätt sen har alla fått en ASI-utbildning och det är ju via SiS bl a sen har vi fått utbildning i CRA också via SiS och sen med MI så att vi har ju massutbildat personal.” (IFO-chef, Katarina Sofia, 061103)

²⁰ I Socialstyrelsens kartläggningar av bl a vilka metoder som används i missbrukarvården i landet rapporteras en ökning av dessa metoder och (Socialstyrelsen, 2004) i Stockholm har det beslutats att alla socialarbetare (några tusen) ska utbildas i KBT-metoder.

Få dem att ta ansvar

Kombinationen av tvångsvård och KBT är intressant då de två vid en första anblick tycks grundade på olika synsätt. Medan tvånget i sig tar ansvar ifrån individen, som inte anses kapabel att ta hand om sig själv, är en grundtanke inom KBT att individen har ett ansvar och en förmåga att förändra sig själv. I ett vidare perspektiv kan KBT förstås som en generell trend att individualisera sociala problem och lägga mer ansvar på individen. Det finns även andra exempel i samhället på en sådan trend, varav ett handlar om en betoning av självkontroll genom uppvisande av ett kontrollerat drickande, vilket kan anses mer värt än total nykterhet (se Room, 2004), ett annat om att tala om brukare/konsumenter av vård snarare än klienter/patienter (vilket antyder en mer aktiv individ) (se vidare under "Brukarperspektiv").

Innan jag går vidare till analysen av KBT-metoderna och hur klienten och terapeuten uppfattas sett utifrån metoderna (i huvudsak CRA) vill jag ge ett exempel på att behandling under tvång generellt är en svår kombination. Exemplet är från en informell intervju på vägen från en klientträff som ingår i typarbetsveckan (dag 2 efter lunch) där klienten vill att socialtjänsten ska ordna en bostad, men annars inte vill delta i någon behandling eller andra aktiviteter. Exemplet belyser både förväntningarna på klienterna om att vara aktiva i förändringsprocessen och hur klienten, med hjälp av ett lockande med belöningar, ska fås att vara aktiv. Det är också belysande avseende hur klienterna bör förändras.

"Soc: På ett sätt kan jag tycka såhär, han är inte intresserad av att delta i aktiviteter på Hornö, nu är han på ett LVM, men om man inte, när man inte ens är intresserad av att delta i aktiviteter där och de tycker ändå att han är lämplig att komma ut och göra någon annan sysselsättning, då borde han ändå visa framfötterna mer tycker jag innan man tycker han är lämplig för det. Förstår du hur jag tänker?"

Samo: Ja, ja.

Soc: Alltså att han...ja, att han måste gå upp en viss tid, liksom visa att han klarar av de här grejerna och åka med på saker och..."

Samtalet går vidare och samordnaren berättar om ett annat fall där en klient inte ansågs redo att lämna en LVM-institution. Socialsekreteraren hade då frågat institutionspersonalen vad som krävdes för att klienten skulle anses "mogen".

"Samo: Då sa de alltså att hon måste liksom just visa och komma till... alltså komma till öppna enheten och för att komma till den enheten så krävs det att hon går på grupper och sådär, sa de."

Socialekreteraren och samordnaren hade, enligt samordnarens berättelse frågat klienten om denne kunde tänka sig att delta och göra det som krävdes, vilket klienten hade gått med på.

”Så de var... de drev ju det här på behandlingshemmet, alltså [ohörbart] för man måste ju först vara på öppna, man måste delta i grupper och så där liksom och det är därifrån man går ut till någon typ av §27 alltså, man kommer inte till öppna enheten helt utan anledning alltså, du måste visa liksom att du vill någonting så det finns ett, det är ett behandlingshem som har struktur, de har ju arbetat fram behandlingsmodeller och sådär och de har ju erfarenhet och sådär, det är ju lättare liksom men som det ser ut på Hornö så är det ju... det sitter i väggarna, all personal, när man går liksom bland personalen och ser hur de umgås, de är... alltså personalen är som kompisar med klienterna alltså, de sitter och snackar och slår varandra, brottas och såhär, det är helt sjukt alltså. (Intervju med socialekreterare och samordnare på väg från Hornö 060116)

Efter en kommentar från mig om att jag skulle uppleva det som jobbigt att tvingas in i behandling om jag var tvångsvårdad och inte delta med någon större entusiasm, och troligen föredra Hornö i denna jämförelse, följer denna kommentar som tyder på att anledningen till att vårdgivarna ville få klienten att gå på ”grupper” inte handlar om att göra henne drogfri eller komma åt missbruket utan snarare om att ”normalisera” hennes dygnsrytm, eller liv i allmänhet.

”Men de har ingenting att erbjuda heller alltså, det är... det är ju den sitsen, och sedan är det som så att...X som till exempel i det här fallet, hon har ju [ohörbart], hon har ju genomfört många olika behandlingar och så och hon är ganska duktig på det här med...12-steps...alltså -tanken och sådär, hon är ju väldigt införstådd och hon säger alltid att hon är...hon kan det där, så när hon väl kom i grupp alltså så blev hon, då tog, då var hon en resurs för alla andra liksom så, så...grejen var, tanken var ju att liksom [ohörbart] inte det här skulle bota henne utan det var som som en slags... att hon skulle på något sätt få en viss rutin för att komma ut i en §27, komma ut och jobba liksom, och det var ju att man skulle liksom visa en viss... alltså motprestation alltså, och man skulle kräva, det var ju som medvetet att man skulle kräva [ohörbart] någonting och baktanken var att hon skulle liksom bli klar för att komma ut liksom och komma upp tidigt på morgonen [ohörbart] liksom, hon skulle ju börja jobba på [ohörbart].” (Intervju med samordnare på väg från Hornö 060116)

CRA enligt manualen

Den svenska CRA-manualen (Magoulas & Forsberg, 2005) utvecklades för Vårdkedjeprojektet från ett tidigare svenskt projekt, *Odysseus*, som använde CRA, och baserades på "Clinical guide to alcohol treatment" (Meyers & Smith, 1995). Grunden är teorin att mänskligt beteende regleras av den omgivning som de utspelas i.

"Det finns en mängd sådana lagbundna förhållanden som tillämpad experimentell beteendeanalys har upptäckt och använder sig av." (Magoulas & Forsberg, 2005:5)

Manualen konstaterar att specifika "kontingenser" (samband mellan beteende och omgivning) ökar sannolikheten för att ett beteende ska upprepas, exempelvis positiv och negativ förstärkning, eller minskar sannolikheten, exempelvis bestraffning. Det här förhållandet uppfattas som en naturlag, vilket innebär en tro på just lagbundenhet och vissa fasta grunder för hur saker och ting fungerar. Individerna tycks betraktas i ganska mekaniska termer och ses som styrda av förstärkning i omgivningen.

Syftet med CRA är att "tillskapa ett kraftfullt förstärkningssystem för beteenden som innebär drogfrihet". Terapeuten ska förmedla en förståelse för hur olika faktorer påverkar beteendet och ge ett budskap om hopp. Klienten ska lära sig att identifiera sk triggers, eller utlösare av missbruksbeteende i syfte att undvika dessa "minor" och lära sig alternativa beteenden som förstärker nykterhet. För att hantera svåra situationer ska klienten lära sig problemlösningstrategier, kommunikationsförmåga och nya beteenden som konkurrerar ut missbruksbeteendet. Klienten tränas i att identifiera destruktiva händelsekedjor såväl som positiva händelsekedjor som leder till drogfrihet.

"Alltså att få folk att tänka i termer av: Hur styrs mitt eget beteende? Det är det man vill nåstans." (CRA-utbildare under utbildningen 060216, 24 & 0317)

Förutom negativ och positiv förstärkning används "utsläckning", vilket innebär att en förstärkning av ett önskat beteende uteblir. Det exempel som ges i manualen handlar om ett barn som tjarar om godis i affären när föräldern handlar mat. Om föräldern konsekvent undviker att köpa godis kan tjarandet till en början trappas upp, men till sist kommer barnet att sluta tjata. Besträffning som ett sätt att minska sannolikheten för oönskade beteenden bör undvikas enligt manualen. Däremot kan "time-out", vilket innebär att klienten tillfälligt förlorar något som denne uppskattar (exemplen i manualen är bostad eller lön, s. 7), användas om det är möjligt för klienten att återfå dessa vid förändrat beteende. Från mitt perspektiv är det en hårfin gräns (om alls någon) mellan bestraffning och time-out och att förlora sin bostad, om så bara för en tid (vilket ju inte är säkert om klienten inte går med på att ändra sig) framstår som en kraftig reaktion. Med tanke på att många klienter redan ser

LVM som en bestraffning är det troligt att de även kommer att betrakta förlust av bostad som ett straff.

En annan viktig del av CRA är att ingjuta en känsla av "self-efficacy", vilket översätts med kompetenskänsla eller självtillit, hos klienten. Det innebär en förstärkning av känslor av att ha lyckats. Slutligen används MI (Miller, 1996) i den senare delen av behandlingen för att hjälpa klienten att förtydliga och utveckla sina motiv för eller emot en viss förändring såväl som att stärka förmågan till och tron på förändring.

För att summera, ger manualen ett tudelat perspektiv på individen – som en som är mekaniskt styrd av sin omgivning och som en som kan lära sig att förändra sig och ta kontroll över sin situation. Kanske är det ena tänkt som en förklaring och det andra som det som ska få klienten att förändra sig. Kanske ägnar metoden mycket tid åt att motivera och övertala om att förändring är möjlig för att den i grunden inte tror på att individen har någon egen makt?

Den autonoma stimulus-drivna klienten

"Det som inte lönar sig håller man inte fast vid." (CRA-utbildare under utbildningen 060216, 24 & 0317)

Citatet ovan antyder att klienten (eller alla subjekt), ur CRA:s perspektiv, agerar rationellt i någon mån. Vi agerar enligt det vi tror att vi får mest ut av och enligt vad vi lärt oss som lämpliga lösningar på problem. Problemet med klienten är, enligt CRA-utbildaren, snarast att denne inte ser klart på fördelar och nackdelar med olika beteenden. Ett annat problem är bristande förmåga att se alternativa lösningar på problem.

Klienten har ett motstånd mot förändring. Ett exempel kommer från den video som används i CRA-utbildningen och som ger exempel på hur terapeuten kan jobba med klienten i olika faser. I videon föreslår terapeuten att klienten tar antabus i 90 dagar, vilket klienten är emot. Klienten uttrycker att han ser antabus som ett tvång och vill hantera problemet utan det. Men terapeuten nöjer sig inte med det svaret och lyckas slutligen få klienten att gå med på att (vilja?) ta antabus. Exemplet visar på ett tydligt sätt hur jag uppfattar att metoden fungerar. Klienten har ett motstånd mot förändring och terapeuten "manipulerar" klienten till att vilja förändra sig. Enligt en av deltagarna i kursen som utbildats i Motiverande samtal (MI) agerade terapeuten i videon inte enligt MI och borde ha varit tydligare med att det är/var klientens beslut att ta antabus. Kursledaren påpekar att terapeuten bör "tydliggöra för klienten att hon/han har ansvaret". Processen beskrivs som en förhandling med syftet att enas och få klienten att göra ett åtagande.

Klienten har ett ansvar. Det uttrycks tydligt i talet om att terapeuten inte ska ta ansvaret från klienten. Terapeuten ska inte "bära ansvaret" åt klienterna, men kan få dem att känna att de kan klara av att ta ansvar själva. De ska

”vilja vara viktiga för sig själva” (CRA-utbildare under utbildningen 060216, 24 & 0317).

”Klienten ska bära ansvaret” (CRA-utbildare under utbildningen 060216, 24 & 0317)

”Vi kan möjligen stoppa dem från att ta livet av sig, men vi kan inte leva livet åt dem.” (CRA-utbildare under utbildningen 060216, 24 & 0317)

När jag bad kursledaren placera metoden i den modell som utvecklats av Brickman och hans kolleger (1982), som kombinerar ansvar för problem med ansvar för lösning av problem, säger hon att om jag hade frågat för några år sedan hade hon sagt att klienten är ansvarig för att ha fått problemet men inte för dess lösning (upplysningsmodellen enligt Brickman m fl) men att nu skulle hon säga att individen har ansvaret för både uppkomst och lösning (moralisk modell). Jag ställde då hennes svar mot beskrivningen av individen som mekaniskt styrd av sin omgivning och hon skiftar då perspektiv något och medger att i teorin kan det vara så att våra möjligheter att påverka vår situation är begränsade men att det inte är så fruktbart att förmedla det perspektivet till klienten och istället fokusera på dennes förmåga. De fattar sina egna beslut, men de kanske fattar det enda (dåliga) beslut som tycks rimligt från deras perspektiv. Anledningen till att kursledaren nu ser klienten som ansvarig också för lösningen är att behandlingspersonal tenderar att bära klientens problem. Hennes position tycks vara en motreaktion mot det hon uppfattar som en traditionell svensk socialarbetarposition.

”Men jag tycker ju egentligen att de både ska ha ansvar för, och också rätt att välja, och här tycker jag ju då att traditionellt så är ju socialtjänsten en... en... koloss som väldigt mycket då försöker säga att å ena sidan har klienten ansvar för problemen men å andra sidan så är det vi som ska tala om hur lösningen ska se ut.” (Utbildare/handledare i CRA 060515)

X: Sen, sen det är klart att drar man det ännu längre, filosofiskt, så kan man ju säga att på ett sätt så är det ju då fråga om en ganska deterministisk syn.

JP: Ja det att man inte har så mycket möjlighet att påverka?

X: Nej, man har inte så mycket fri vilja egentligen, på ett sätt då. Och ändå så har de ju då en bild utav att vi har en fri vilja, och det kan man ju naturligtvis fundera på en filosofisk nivå om det är så att det på nåt vis är mera attraktivt att ha den föreställningen. Även om den är en chimär. [skrattar till]” (Utbildare/handledare i CRA 060515)

I samtal med samordnarna framgår att de tagit perspektivet till sig och även på institutionerna upplever man det icke-konfrontativa förhållningssättet

som fruktbart i behandlingen. Inställningen upplevs leda till färre incidenter av konflikt- eller våldskaraktär.

"Alltså givetvis är det så att vi försöker lägga tillbaks bollen hos klienten oavsett vilket skede av motivationen de befinner sig i..." (Fokusgrupp samordnare 050905)

"X: Men just det här att man går in med ett annat förhållningssätt. Vi är ju väldigt duktiga på just det här att bemöta på rätt sätt. Alltså om någon är arg och om någon är förbannad då kom in och vi följer upp och vi pratar och rullar med det här motståndet och ser vad det består av och ja...

Y: Det är det som många gånger har varit våran styrka att vi arbetar så mycket med vårat förhållningssätt så att vi har varit ganska förskonade från incidenter överhuvudtaget. I alla fall allvarliga incidenter." (Fokusgrupp Rällsögården 061207)

Jag frågar vidare CRA-utbildaren om ansvar för misslyckanden, men hon vill inte gärna fastna i ansvarsfrågan i det fallet utan föredrar att tänka i termer av "vad gör vi nu?". Det som ska göras är dock klientens ansvar – "Så varje ny situation är ju så att säga ytterligare en möjlighet till nästa val." (Utbildare/handledare i CRA 060515). Om du som terapeut skulle ta över "lutar sig klienten tillbaka", d v s gör inte det jobb som hon/han behöver göra. Klienten beskrivs också som något "lömsk" och som en som försöker manipulera (se citatet nedan). En annan bild som förekommer är den av klienten som oorganiserad.

"Ja, och likaså, jag menar vi har ju väldigt mycket naturligtvis att de här klienterna, de är ju slipade i vilka förväntningar som vi har på dem traditionellt, och de säger ju alla de rätta sakerna." (Utbildare/handledare i CRA 060515)

"... för hur många av dom här har kalender?" (CRA-utbildare under utbildningen 060216, 24 & 0317)

Vad är det hos klienten som ska förändras? Faktum är att frågan inte tas upp i någon större utsträckning, men under både CRA-kursen och MAPS booster-dag blir det tydligt för mig att det inte bara (eller ens huvudsakligen?) är drickandet/drogandet som ska förändras. För att börja med drickandet har CRA en mindre absolutistisk inställning än den mesta behandling i Sverige. Med den inlärningsterori som tillämpas är det också möjligt att lära sig att dricka "kontrollerat". När det gäller drogbruk är det knepigare. En central aspekt av CRA är att utvärdera konsekvenserna av ens beteende – både bra och dåliga. Om klienten inte ser några negativa konsekvenser av sitt drogbruk bör terapeuten peka på de långsiktiga konsekvenserna. "Var är du om tio år om du fortsätter?" Det betyder att det alltid går att finna skäl att sluta med drogbruk, såväl som andra beteenden som kan tänkas vara oacceptabla oavsett

konsekvenser, eftersom det i slutändan förväntas få negativa konsekvenser. Terapeuten kan alltid hitta ett sätt att göra sin poäng, få klienten att se det som ska ses som problem, även om förstahandstaktiken (peka på nuvarande negativa konsekvenser) inte fungerar.

Klientens problem ses inte i första hand som subjektiva, vilket är tydligt i en diskussion om klienters gradering av sina problem inom olika områden på en skala. Det föreföll råda konsensus bland kursdeltagarna och kursledare om att klienter tenderar att över- eller undervärdera sina problem. Det antyder att det finns en "sann" eller "objektiv" problemnivå som terapeuten vill få klienten att se. Terapeuten bestämmer vad som ska ses som ett problem och försöker få klienten att se det på samma vis. Om man väljer att se graderingen av ett specifikt beteende som subjektivt och problemet som socialt konstruerat, blir terapeutens normer och attityder till vad som är normalt och avvikande av största vikt. Terapeuten är överordnad klienten, vilket uppmärksammas i CRA i dess ansträngningar att försöka minska avståndet mellan klient och terapeut för att få klienten att "öppna sig". Slutligen beskrivs problemen som allvarliga och svåra att förändra.

"Vi har ju starka krafter emot oss ... fysiska och annat." (CRA-utbildare under utbildningen 060216, 24 & 0317)

Terapeuten som upplysare och manipulator

"Jag har inte skapat, bara frilagt." (CRA-utbildare under utbildningen 060216, 24 & 0317 när hon citerar Michelangelo efter att ha målat David)

"Terapeuten blir i början liksom en god tränare ett stöd och en viktig förstärkare för drogfrihet." (CRA-manual, s. 5)

Det tidigare avsnittet har gett en hint om terapeutens positioner – klientens positioner påverkar/påverkas givetvis av terapeutens positioner – men här vill jag förtydliga terapeutens olika positioner.

Terapeuten beskrivs ha olika roller beroende på klientens "stage of change" (förändringsstadie) enligt Prochaska och di Clemente (1986). I det "första" stadiet, där klienten är "innan" hon/han överväger en beteendeförändring, ska terapeuten agera som "nurturing mother" och huvudsakligen ge information. I det andra stadiet, övervägande-fasen, är terapeuten en "supporting teacher" och i förberedelsefasen när beslutet är fattat men förändringen inte påbörjats är terapeuten en "cheerful stimulator", enligt kursledaren under CRA-utbildningen (060216, 24 & 0317).

Klienten ska fatta sitt beslut om förändring själv och därmed kan terapeuten inte säga direkt till klienten vad hon/han tycker att klienten har problem med eller vad klienten borde göra åt det. Det här förefaller vara ett ovanligt tillvägagångssätt för en socialarbetare med tanke på den reaktion som en av kursdeltagarna gav uttryck för:

“... det är svårt att inte säga till klienten att du har problem, när ”jag vet” att han måste lägga av helt” (Deltagare på CRA-utbildning 060216, 24 & 0317)

Mycket av arbetet är alltså centrerat kring att försöka få klienten att komma till samma slutsats som terapeuten utan att säga rakt ut vilka slutsatser klienten borde dra. Mycket arbete handlar också om att få klienten att själv ta ansvar. Det upprepas ett flertal gånger under CRA-utbildningen att terapeuten inte ska ta på sig klienternas problem eller bära ansvaret för deras problem (se några exempel nedan). Samtidigt medger CRA-utbildaren att terapeuten ändå också har ett visst ansvar (se det fjärde citatet nedan)

“... ge tillbaka ansvaret, men också möjligheten.” (CRA-utbildare under utbildningen 060216, 24 & 0317)

“Viktigt att inte bära klientens problem.” (CRA-utbildare under utbildningen 060216, 24 & 0317)

“Vi måste också ha tilltro till deras förmåga.” (CRA-utbildare under utbildningen 060216, 24 & 0317)

“Jo, nej men de har... de har ett stort ansvar i att vara lyhörda, att kunna föruts...alltså inte göra det för enkelt för sig och tro att nej men det här fixar sig nog.” (Utbildare/handledare i CRA 060515)

Samtidigt ska terapeuten upplysa klienten om hennes/hans problem. Det ska dock inte ske genom att berätta om problemen utan snarare genom att få klienten att identifiera det själv. Terapeuten ska inte låta tankar om klientens beteende lysa igenom. Den indirekta strategin som används i CRA kan uppfattas som manipulativ. Manipulationen är tydlig också när det under kursen diskuterats vilka mål som ska ställas upp. Det bedöms som fördelaktigt att ställa upp mål som är attraktiva för klienten, som att skaffa körkort eller en lägenhet. Det är ett bra sätt att få klienten att börja förändra sitt beteende, menar utbildaren. Citatet nedan från en av institutionerna visar dock att manipulation inte behöver ses som något negativt.

“Man tillrättalägger ju en situation för att kunna, man har ju alltid ett mål med samtalet och man har ju en tanke kring vad man tror att klienten behöver och sen är det ju så att manipulativ är ju oftast ansett som ett väldigt fult ord, men det behöver det ju inte vara i behandling överhuvudtaget. Att man tillrättalägger situationen för att klienten själv ska kunna reflektera. Man behöver ju inte lägga orden i munnen på dem, men däremot så har vi ju ett syfte med det vi säger.” (Fokusgrupp Rällsögården 061207)

Terapeuten ska vidare ge tröst och visa sympati, men det påpekas att hon/han inte ska fastna i tröstande eftersom det inte är en central del av modellen. Empati är viktigt för att få en bra kontakt med klienten, men ska inte ges

något större utrymme. Att få kontakt med klienten anses viktigt för att få klienten att dela med sig och för att "få material" att arbeta med. Det hjälper terapeuten att attackera problemet. Vi lär oss under utbildningen att det är bra att säga något positivt först eftersom det gör klienten mer mottaglig för vårt budskap. På ett sätt förefaller det som om att visa sympati är något som terapeuten främst gör för att nå ett bättre behandlingsutfall.

"... inte fastna i känslor en stor del av sessionen". (CRA-utbildare under utbildningen 060216, 24 & 0317)

"Ju mer inkännande man är, desto mer material får man om hur klienten känner." (CRA-utbildare under utbildningen 060216, 24 & 0317)

Implementering av metoderna

Som redan framgått var det ett omfattande arbete som skulle genomföras för att dels utbilda personal inom både institutioner och kommuner i de utvalda metoderna, dels få de olika aktörerna att använda desamma. Följande avsnitt ägnas därför åt att först ta upp utbildningsåtgångarna och vad de har betytt för att därefter diskutera olika aktörers mottagande av metoderna.

Utbildning/kompetenshöjning

De olika kommunerna och institutionerna hade olika utgångspunkter när det gällde intresse för och behov av utbildning. Överlag är dock socialtjänsten väldigt tacksam och nöjd med utbildningarna. En del beskriver att det blivit ett "lyft" för verksamheten. På flera håll använde man redan ASI och även andra metoder. I någon kommun kom erbjudandet om utbildning mycket lämpligt då man oavsett projektet såg ett behov av att utbilda personalen i evidensbaserade metoder, men kanske inte i den omfattning som nu blev möjlig. I Eskilstuna kom erbjudandet mindre passande då man påbörjade en stor omorganisation vid projektstarten och utbildning gavs ett mindre utrymme. I viss mån kan det ha gällt även i Uppsala som åtminstone inte skickade så många på utbildning initialt. I Örebro beskrivs VKP-satsningen som en fortsättning av det arbete man påbörjat genom deltagandet i en annan satsning initierad av Mobilisering mot narkotika (MOB) för att minska narkotikabruket. Att man erbjudits utbildningar helt gratis som man annars får betala för är förstås tacksamt. Många, särskilt på chefsnivå och i synnerhet i Stockholm, talar om evidensbaserad behandling som viktigt och något man satsar på. Metoderna i projektet anses ligga i linje med sådana satsningar. En del har dock även uttryckt en slags "utbildningsmättnad" (kanske ännu mer inom institutionerna, men även i kommunerna, se citatet nedan).

"Jag tycker att det har blivit, alltså att det har höjt kompetensnivån. Med utbildningar, det måste man väl ändå säga?" (Fokusgrupp socialtjänstrepresenteranter 061213)

”Det som jag tror har hänt är ju att man, alltså vi jobbar ju här med ASI redan innan, det gjorde vi. Men, inte med det andra MAPS och MI. Inte så mycket. Och kanske inte så mycket nu heller men det som jag tror har hänt är att man har blivit vaken för att man ska jobba strukturerat, med beprövade metoder. Och det tror inte jag var så där jättetydligt innan, alltså vi har ju, började ju med ASI och hade börjat med det och så men jag tror att... I och med att alla har gått den här utbildningen så har man blivit mer medveten om att det är, det är så vi ska göra. Det finns inte utrymme för egna tyckanden, så mycket utan man ska jobba på det här sättet och det tror jag faktiskt att det har väckt alla i den här utbildningsomgången som har varit. Nu har ju den kommit, varit parallell med kompetensfondens alla utbildningar så det har ju varit en utbildningssatsning i, i stadsdelarna som har varit nästan besvärande, tycker jag [skrattar] för det har ju varit, folk har ju varit borta hela tiden och det har... Alla har, till exempel, också gått en fem poängs KBT-utbildning samtidigt.” (IFO-chef, Maria Gamla stan 061117)

Institutionerna ger inte en lika positiv bild som kommunerna, vilket kan bero delvis på att utbildningar ändå är något som huvudkontoret till största delen står för, men på en del håll (mest Hornö och från HK) ser man det också som att det blivit ett lyft för ”kompetensen”. Att skicka personer på utbildningar tar dock tid och resurser från den ordinarie verksamheten och vikarier måste ibland tas in. I några fall, Runnagården, skickades fel personer på utbildning i projektets inledning. Enligt citatet nedan har erbjudandet om gratis utbildningar för kommunerna också varit ett bra sätt att få kommunerna att bli delaktiga i projektet och att ha en positiv inställning till SiS.

”Ja, och då, då tror jag att det hade väldigt god effekt att de här socialsekreterarna faktiskt blev bjudna då på utbildning, de fick delta i handledning ihop med oss och lite sammankomster och lite hmhmhm, så här, va. De lyftes lite, både förstås rent faktiskt professionellt, va, utbildning, handledning. Men också lite statusmässigt. Och lyfter man båda de där sakerna då, då brukar resultaten också bli mycket bättre, va. Man måste, liksom, känna, man kan inte bara veta inom sig att nu har jag tillgodogjort mig en jättesvår utbildning. Man måste också betraktas som att man har gjort det ... så på det sättet tror jag att utbildningarna hade stor betydelse. Och det här gemensamma och vikten av att jobba metodiskt och professionellt och så där.” (Styrgruppens ordförande, 061219)

Det förekommer lite varierande synpunkter på utbildningarna och som citatet nedan uttrycker hänger de ofta samman med vilka förväntningar man har.

”X: ...Själv är jag väldigt strukturerad och jag tyckte väl att utbildningen var lite halvflummig sådär. Men själva innehållsmässigt så tycker jag att det är bra. Och sen har vi ju fått vissa dokument till oss som vi använder

och så, men det är inget nytt, sådär så att det var nåt som man var tvungen att kasta omkull det gamla för att köra på nåt nytt, inte alls.

Y: Det var en frustration i början att vi väntade på aha-upplevelsen som ploppade upp bland övriga deltagare på utbildningen, men det har nog att göra med det som [X] säger att vi hade det redan och då fattade vi inte vad det var som skulle liksom, alltså vad var det för speciellt med, vad var det för nånting som skulle vara det?" (Fokusgrupp Rällsögården 061207)

Metodernas mottagande

Metoderna i sig har tagits emot med varierande entusiasm. Från institutionernas sida var Runnagården och Rällsögården nöjda med ASI, Rällsögården även med MAPS, m.a.o. de metoder de redan använde. Jag har heller inte hört några invändningar mot MI, vars förhållningssätt de flesta institutioner säger sig tillämpa.

"Jag var också skeptisk.. utifrån... ja, satsningen var ju bra. Samordnarna såg man ju ganska direkt att de var bra, det var ju länken här, [...] men sedan var jag lite orolig att projektledningen så att säga skulle ha en bristande respekt för omfattningen va, för att styra om det och att... [...] för det var ganska snabbt någon slags idé om hur vårdinnehållet skulle se ut, med CRA och ASI och du vet sådana här saker, och ASI kontra DOK har ju varit en gammal fråga inom myndigheterna så att säga, och för mig... Jag var rätt såhär... "Fixar vi att styra om och utbilda folk och göra ASI och till det här med CRA och...och...förstår de vilket arbete det är på institutionen?" Det var jag väldigt skeptisk till. Det har väl gått rätt bra alltså, och där kanske det är så att ni hade ASI och den vårdplanen och vi hade våra utredningar vilket innebär att vi var ganska fria, vi var inte bundna till någon gammal vårdplan som vi skulle måna om samtidigt såhär. [skratt]" (Fokusgrupp institutionschefer 050825)

"... jag har sagt att om det här ska genomföras och det ska vara realistiskt då ska det finnas dokument som...som nu finns inom branschen och inte införs något nytt. Och då var det ju så att vi hade ASI [ohörbart] på Runnagården, ASI/MAPS på Runnagården då, och det var... är väldigt få som har MAPS så därför skulle den tredje institutionen inte ha MAPS så det var som det var när vi ställde upp på det, [...], och sedan var jag också väldigt kritisk till CRA, eller hade synpunkter där för jag menar att eftersom jag tycker att den är alltså inte... CRA på något vis är inte utvärderat..." (Fokusgrupp institutionschefer 050825)

Jämfört med andra metoder var CRA en svårare utmaning att implementera. CRA skulle vara den centrala metoden, men det krävdes att många skulle utbildas (eftersom ingen använde CRA sedan tidigare) och det kunde också krocka med befintliga metoder/program. Det fanns en del hinder, som kanske

hade undanröjts om förankringen och entusiasmen för metoden varit större från början/ledningen. Efterhand har man, åtminstone på Rällsögården fått CRA att fungera, men det användes bara på klienter som ingick i projektet. Det var i handledningen, något år efter att de gått utbildningen, som personalen på Rällsögården förstod att de hållit på med CRA utan att veta om det och utan att kalla det CRA. Att enbart 24 av 78 klienter i VKP fick CRA-behandling tyder på att det förelåg en del hinder med tanke på att avsikten var att alla klienter skulle genomgå CRA. På Rällsögården talades dock mot slutet av projektet om att integrera det i det befintliga missbruksprogrammet och att använda det i grupp. På Runnagården är det tveksamt om man kommer att fortsätta med CRA efter projektets slut och det har heller inte använts i särskilt stor utsträckning (se citat nedan). På Hornö var det mesta nytt och därmed blev startsträckan längre. Metoderna kanske inte krockade med andra, men det var mycket som skulle förändras, läras in och implementeras. Nu gör man ASI och CRA på VKP-klienter.

"Z: Nej, alltså sådär. CRA har aldrig riktigt kommit igång riktigt. Alltså det är ju bättre, det är ju mer nu kanske än vad det var i början men jag tycker inte att ...

X: Nej, det har aldrig fungerat.

JP: Så det är inget ni skulle göra på andra?

Z: Nej, eftersom vi har ju våra alkohol- och drogterapeuter va som vi jobbar med, Återfallsprevention och... Vi har ju personer som gör det. Och vi har ju våran gruppverksamhet på avdelningarna och sådär va så det är ju lite det där som du säger faktiskt." (Fokusgrupp Runnagården 061220)

Ett hinder som identifierats på institutionerna är att det inte alltid finns någon som kan ta över CRA på "utsidan". Tanken var ju att CRA skulle påbörjas av/på institutionerna för att sedan tas över av socialtjänsten, något som utbildaren/handledaren i CRA tror är fullt möjligt, men som hon i maj 2006 menar att hon inte sett särskilt många exempel på. Enligt citatet nedan är det begränsat vad man kan göra på institution när det gäller en terapimetod inriktad på beteendet. Även på socialtjänsten skulle många utbildas för att det skulle fungera och man tycks inte ha haft möjlighet att avsätta personer för att bara syssla med CRA. Samordnarna hade heller inte alltid möjlighet att ta över CRA, även om de gjorde det i flera fall (även på institutionerna i början). Problemen med implementeringen av CRA diskuterades med flera olika aktörer och en av samordnarna försökte i en gruppintervju utröna varför det inte finns något större engagemang (andra citatet nedan).

"Det är ju bra, för i och för sig det är ju manualstyrt, men jag kan ju variera bland de här manualerna beroende på hur killen är, hur långt man har kommit i behandlingsarbetet och jag kan gå tillbaka och göra om samma

sak igen och så vidare. Eh, men det är ju en smärtgräns på institution, på hur långt man kan göra CRA kan jag tycka. Nånstans mellan fem och åtta sessioner, men sen så är det inte riktigt fruktbart längre." (Fokusgrupp Hornö 061205)

"För mig handlar det inte om det, det handlar om att, att vi håller på med en metod som, som andra berättar för oss att det här är bland det bästa som finns eh, men vi ser inte, liksom, den, vart har vi sett det? I praktiken? Alltså vi ser inte de här grupperna som jobbar så här aktivt utan jag får för mig att det är pliktskyldigast." (Fokusgrupp samordnare, 061122)

En teori handlar om att CRA förefaller "mekaniskt", men vi talar även om att initiativet kommit uppifrån och inte från praktikerna/utförarna själva.

"X: Men det har tagit bäst fart det där som verkar ha kommit underifrån, var det i Farsta? Nej, vart var det?

Y: Men jag tänker också att när vi var på den här CRA-utbildningen så var det ju väldigt eh, den här [ohörbart], de var ju väldigt mekaniska. Alltså man blev nästan rädd när man såg [ohörbart] och [utbildaren] jobba [allmänt skratt]. Då blev man ju mörkrädd!

Z: Alltså man behöver ju bara att man ska fundera på om man gör en sådan här mass... Att det här är våran grej, men det har inte känts som vår grej. Där, där har vi missat, tycker jag, när det gäller det här. Att vi skulle vara bärare av, av någonting." (Fokusgrupp samordnare, 061122)

En av samordnarna beskriver i en gruppintervju (061122) också klienterna som lite tveksamma. De har inte upplevt CRA som behandling. Samordnaren tror att det är avgörande att mötet blir "livfullt, att det träffar människans känsla". En annan samordnare påpekar då att det kan hänga samman med att de som ska utföra CRA gått en kortare utbildning i metoden, men inte har tidigare erfarenheter eller utbildning i behandlingsarbete. Utbildaren i CRA ger också några förklaringar till implementeringsproblem som handlar om att det var svårt för institutionerna att veta när de skulle börja med CRA, att metoden konkurrerade med flera andra metoder och instrument, att det var oklart hur överlämningen till en ny terapeut skulle gå till och att metoden var "lite svår att omfatta" på så vis att det var oklart vad som kunde anses vara CRA och vad som inte kan kallas CRA. Sen var problemet att få folk att komma på handledning, vilket utbildaren/handledaren ser nästan som viktigare än utbildningen.

"Men det är ju mera det då att det stupar på till exempel framför allt på institutioner, trots att det är SiS eget projekt och så här va, så har de inte bemaning så de kan släppa iväg folk på handledning. Och det är ju allvarligt. Att man inte liksom från början tänker efter hur ska man få det här att funka."

”Och alla har ju egentligen fått väldigt tydliga direktiv ifrån... högre uppifrån, att det här ska ni göra alltså. Ni ska se till. Problemet är bara att ’högre upp’ de har inte förstått riktigt vari hindren sitter.” (Utbildare/handledare i CRA 060516)

Kommunerna är som nämnts tacksamma, men utnyttjar i olika utsträckning möjligheterna att utbilda och använda metoderna. I Stockholm är det framför allt Södermalms beroendeteam som använder sig av CRA, i Örebro finns det socialarbetare som kan ta emot VKP-klienter med CRA, i Eskilstuna kan CRA erbjudas, men i Uppsala var det kanske svårast, delvis beroende på att de inte hade någon struktur för öppenvård inom socialtjänsten. Sen är det kanske lättare att utbilda personer än att få folk att faktiskt arbeta med metoderna, vilket inte minst det andra citatet nedan pekar på.

”... så att vi har ju massutbildat personal och sen är det ju så här sen håller vi på att använda oss av de utbildningarna men det är ju så där lätt bara för att personal börjar jobba direkt så.” (IFO-chef, Katarina Sofia, 061103)

”X: Nej men det har ju bidragit med till det här ... (tyst några sek.) . Det har ju bidragit med till det här med olika behandlingsformerna, det här att man kan motivera med samtal och CRA och återfallsprevention och .. så där har ju SiS liksom hela vårdkedjeprojektet delgivit oss nånting som vi kan ha med oss.

JP: Har du gått nån sådan utbildning?

X: Ja, det har jag gått.

JP: För alltihopa?

X: Ja, alltihopa, men CRA har jag bara fått orienteringskursen som var några dagar och MI och MAPS har jag också gått.

JP: Är det något som du använder dig av?

X: Jag använder mig mest av ASI. Motiverande samtal gör naturligtvis det här kanske inte så strukturerat – men tänket! Jo, men det har varit bra. Det har det.

JP: MAPS då, är det nåt som...

X: Ja, det ska jag tala om ärligt sagt att det kan jag inte riktigt.

JP: Inte?

X: Näe, ...men jag kan ju, (suck) ...jag kan ju (suck och liten paus). Ja, vad kan jag? Jag kan, vad heter det, tänket där också, var dom befinner sig och det här, nånstans där, för jag har med mig det i tänket alltså, var befinner ... om man kan ge nåt där. Jag tycker jag kan grundprinciperna. Jag sitter

inte med... vi har inget material med oss under samtalen, men jag kan se var de befinner sig, vad ska man göra. Så det har varit bra. Men jag skulle ha velat ha lite mer kött på benen men det kommer väl." (Socialsekreterare, Eskilstuna 061011)

En sidoeffekt är det ökade förtroende för institutionerna som tycks ha blivit följden av kompetenshöjningen där. Projektledaren menar också att lyftet inneburit ett ökat självförtroende för SiS. De kan nu stå upp bättre mot kommunerna och visa vad de har att erbjuda och att det är hög kvalitet på deras arbete. De ger inte längre upp det de tror på för att få placeringar, påpekar projektledaren vid ett projektgruppsmöte. Påståendet stöds av personalen på åtminstone en av institutionerna.

"Och det är ju inte bara mot klienten, utan att de första 10 åren här, så kan jag tycka att då var det mera vanligt att socialtjänsten kom och sa att så här blir det. Och vi kunde tycka att det var hur fel som helst och nu har vi ju ett mjukt vapen gentemot dem också. Där de får värdera sig och ta ställning till om de verkligen tycker så här och varför." (Fokusgrupp Hornö 061205)

En avslutande tanke avseende dokumentation och behandling som utvecklas vidare i avsnittet "Eftervård" går ut på att mycket av det arbete som utförs med hjälp av de nya metoderna handlar om planering snarare än behandling, fastän de ibland går under beteckningen behandling. En stor del av de träffar med klienter och andra aktörer som vi (jag, men även Jessica Storbjörk) deltagit i under fältarbetet har gått ut på att planera för en framtid. Vad ska hända sen, när du ska på §27-placering eller efter §27-placering? Planering kan ju ses som en bra början, men hjälper kanske inte så mycket om det inte följs av något specifikt innehåll, vilket inte är givet. Eventuellt kan planering till och med komma att bidra till ökad besvikelse om den faktiskt inte följs av konkreta insatser. Men, liksom begrepp som samarbete och eftervård fylls planering och i synnerhet strukturerad planering med positiva konnotationer och det är svårt att se att användningen av dem också kan få negativa konsekvenser.

Inställning till/användning av tvång

Departementet ger indikationer om att tvångsvård inte ska ses som en "akut sistahandsåtgärd, utan som en del i en integrerad vårdkedja". Deras vilja att via bl a VKP påverka kommunerna att i större utsträckning använda sig av LVM kan uppfattas som ett sätt att fastställa ny praxis. Eftersom VKP kan uppfattas ha som ett underliggande syfte att förändra kommunernas syn på och användning av tvångsvård har dessa frågor diskuterats och skillnader mellan kommunerna uppmärksammats under fältarbetets gång. Jag har frågat i synnerhet socialtjänstrepresentanter, men även andra aktörer, när och för vilka de tycker att LVM ska användas, när de använder LVM och hur de

ser på tvångsvård – är det en sistahandsåtgärd eller ett behandlingsalternativ bland flera, är syftet att motivera eller behandla osv? En tydlig upplevelse som många har beskrivit är att kommunerna ser på och använder LVM på olika sätt och samtidigt menar kommunrepresentanterna att de följer lagen. Det väcker frågor om tolkningsutrymmet för LVM och vad innebär det att följa lagen. Dessa frågor diskuteras kortfattat i följande avsnitt liksom frågan om kommunerna ändrat sin syn genom sin medverkan i projektet.

En fråga som framkom som central i nästan alla intervjuer med socialtjänstchefer är frågan om målgrupper och en åtskillnad mellan äldre och yngre klienter. Frågan var också besläktad med frågan om skadelindrande åtgärder som exempelvis de sk våta boendena (där personer inte blir utslängda om de druckit alkohol). Frågan om målgrupper blev särskilt aktualiserad i projektet när Enheten för hemlösa blev en del av VKP. De menade att deras klientgrupp inte var lämplig för tvångsvård enligt LVM. Alla håller inte med dem, men flera instämmer med dem i frågan om att det är de unga som bör prioriteras vad gäller LVM. De som man har förhoppningar om förändring för. När det gäller den äldre klientgruppen tycks flera av de intervjuade inriktade på att skapa habiliteringsboenden, eller lågtröskelboenden, för att förbättra livsvillkoren för gruppen, och inte i första hand rehabilitera. Chefen i Eskilstuna (061218) pekar exempelvis på att de äldre är de som de lägger mycket resurser på trots att hon inte tror att de kommer att "upphöra med sitt missbruk", men skulle vilja ändra på det genom att till den gruppen erbjuda lågtröskelboende som är "det skyddande och värdiga" för att "sedan kunna fokusera på de här yngre" för vilka LVM kan ses som ett del av ett vårdutbud (till skillnad mot "sistahandsalternativ"), som ska leda till att missbruket upphör och personen blir "räddad". Strategin kanske delvis går emot både tanken om när LVM ska användas och delvis står i strid med det som var avsikten. Den dåvarande socialministern menade ju att hela satsningen var till för "de allra tyngsta missbrukarna". Men även chefen för Enheten för hemlösa tycker att LVM ska användas främst på "unga människor".

"Det är jätteviktigt att bryta en ond destruktiv användning av droger där man måste komma ur det. Och då tror jag att det är viktigt. Sen är det ju fruktansvärt viktigt hur vad som händer när man gör det, var de hamnar och hur det ser ut. Tvånget i sig leder ju inte till någonting om det inte finns ett bra meningsfullt innehåll. Men för dem som är äldre och dem som är... Ja där är jag mer tveksam." (IFO-chef, Enheten för hemlösa 061108)

Chefen för Enheten för hemlösa menar till och med, i strid med departementsavsikten:

"Och den svåraste gruppen kanske inte är den tänkta gruppen från början med den här lagstiftningen. Utan det var ju för att den här personen

ska komma in i någon slags behandling.” (IFO-chef, Enheten för hemlösa 061108)

Samtidigt är chefen för Enheten för hemlösa den person som uttrycker sig i mest positiva ordalag avseende skadelindrande åtgärder, även avseende narkotika. Hon hoppas att vi får se mer av den typen av åtgärder, vilka hon anser vara humana, utan att vi tappar ”socialtjänstens möjligheter att hjälpa vidare”. Den positiva inställningen till skadelindrande åtgärder stämmer inte särskilt väl med SiS-chefens syn. Hon är kritisk till exempelvis sprututbyten. Däremot instämmer även styrgruppens ordförande i vikten av att fokusera på ungdomarna, men vill alltså hålla fast vid en restriktiv politik, vilken hon menar att tvångsvården är en del av.

VKP:s projektledare håller inte heller helt med Enheten för hemlösa som enligt hans tolkning skulle vilja ha ett ”LVM-light, man får småsupa lite ibland, va”. Han menar att LVM inte är till för det som Enheten vill använda det för och tycker att de istället borde erbjuda habiliteringsinsatser med hjälp av socialtjänstlagen. Lågtröskelboenden under §27-tiden är inte accepterade. I sammanhanget blir det tydligt att LVM ska vara till för få individer att ”sluta helt”. Återfall innebär ett återförande till LVM-institutionen. För dem som har problem som av projektledaren liknas vid funktionshinder kanske man inte ska ha som målsättning att ”bota” utan acceptera återfall och se till att ”de lever under värdiga former”. Samtidigt upprepas att LVM ju inte kan mer än hjälpa till i början och att sen måste kommunerna göra jobbet själva. Institutionscheferna å sin sida ser ett behov av en utökad tvångsvård som kan ta hand om de mest utsatta personerna men personal från en av institutionerna håller inte med Enheten för hemlösa utan menar snarare att LVM är ännu viktigare för just deras klientel.

”X: Snarare tvärtom tycker jag. Att de är i större behov av det för de har ju större behov av att få all den hjälp som samhället kan erbjuda. Få någonstans att bo och få tak över huvudet och få en vardag med en struktur som ligger på en nivå som de kan hantera. Och det är svårt att arbeta med det i öppenvården. Så jag kan inte se att de skulle ha något mindre behov utan snarare, för de här killarna har det ju gått så långt så att det är väl det som återstår.

Y: Snarare längre vårdtid.” (Fokusgrupp Rällsögården 061207)

Örebro är den kommun i projektet som i störst utsträckning tycks följa den linje som VKP:s ledning företräder. I Örebro har de noterat (inte bara att de har ett högt tvångsvårdsutnyttjande utan också) att deras LVM-klienter är yngre än LVM-klienter i genomsnitt, något som även uppmärksammats på en av institutionerna. Örebrochefen tillskriver den höga andelen unga som omhändertas i kommunen det goda samarbetet mellan polis och socialtjänst. De har ett projekt som heter ”Pulsgruppen” och inom ramen för det arbetar polisen fokuserat vissa veckor av året med att leta efter missbrukare.

”Mm. Och det, det tycker jag... Å ena sidan så tycker jag att det är skrämmande, å andra sidan tycker jag att det är väldigt bra.

[...]

Alltså, det är skrämmande att unga människor som inte är trettio år är eh... Att vi har så många som är under LVM-vård. Men ... Det som är positivt, det är ju att vi har fått ögonen på dem. Och vi går in innan de hinner dö, förhoppningsvis. Och ser och tar hand om dem.” (IFO-chef, Örebro 061128)

Stockholmsstadsdelarna har haft ett lågt utnyttjande av LVM under projekt-tiden, men chefen i Maria Gamla stan anser ändå att tvångsvård är nödvändigt ibland och förstår inte resonemanget från Enheten för hemlösa att det inte fungerar för dem med en svår social situation. Men skillnaden i perspektiv är kanske ändå inte så stor för hon menar att det är viktigt att hitta lämpliga boenden för den gruppen och hon talar även om en tolerans när det gäller deras drickande. Hon talar om boendeformer som ger ett drägligt liv och på frågan om man kan uppfatta det som en skadelindande funktion instämmer hon. Den svårighet som hon inte tar upp är att denna typ av boenden inte accepteras under §27-tiden, vilken ska vara helt drogfri.

Det begränsade användandet av LVM i Stockholmsstadsdelarna kan förklaras med strikt budget och (relativt) kritisk inställning till tvångsvård, två aspekter som dessutom kan vara svåra att skilja åt. Begränsade ekonomiska förutsättningar kan leda till en förändrad ideologi som passar förutsättningarna. Enligt en socialsekreterare i Maria Gamla stan är klienterna mer benägna att acceptera frivillig vård nu jämfört med tidigare, vilket skulle kunna vara en förklaring till att färre tvångsvårdas. Men, det kan också vara så att socialtjänsten anstränger sig mer för att få klienterna att gå med på frivillig vård, eller att de i större utsträckning accepterar klienters utsagor om motivation och att de ska påbörja frivillig vård. Socialsekreteraren i Maria Gamla stan menade vidare att många klienter inte är så intresserade av behandling innan en utredning om LVM startar, men att de sedan kan tänka sig frivillig behandling. Jag undrar då om tvångsvården kan användas för att få personer in i frivillig vård.

”Ja..., det kanske man kan göra...ja, det tror jag nog att man... För jag menar, det ligger inte heller i vårt intresse att tvångsvårda folk, när de, om de går med på frivillig vård...så att...och sedan är det ju så också att man kanske har startat utredning och de har inte uppfyllt kraven för LVM, ja, när man tittar, eller det har kommit en anmälan att någon är farlig och så har de tagit tillbaka det efter ett tag och så...så att det är ju väldigt mycket som händer på vägen till LVM.” (Socialsekreterare, Maria Gamla stan 050927)

Som nämnts verkar tvångsvårdens kostnader ändå ha en viss betydelse och kanske kan kostnaderna, eller egentligen en kommuns ekonomiska situation och prioriteringar, förklara i hur stor grad en kommun "försöker med frivillig vård".

"Men, säger hon, vi har ju en lag som ska följas. Sen har ju hon funderat när hon hört att de knappt tar några LVM i Stockholm på vad det beror på. Har de inga problem i Stockholm? Jag säger att lagen ger visst utrymme för tolkning och att de i Stockholm nog också menar att de följer lagen. X slutsats är att pengar nog har betydelse och att visst kan man fortsätta i all oändlighet med att försöka med frivillig vård, men frågar sig hur länge man ska göra det." (Anteckningar från intervju med socialtjänstchef, Örebro 061128)

Och visst medger även en av Stockholmscheferna, i citatet nedan, att pengar har betydelse. Samtidigt som hon längre fram i intervjun ändå menar att "när det är nödvändigt med tvång då ska det vara det", alltså oavsett om de redan tagit så många LVM som de budgeterat för. Däremot kan en subventionering leda till att man har råd med bättre eftervård.

"Alltså vi, vi har ju inte särskilt mycket LVM och har inte haft det... Och... Alltså det kan man väl fortfarande säga att det är så, när det gäller LVM, så är det klart att man vill hålla det, det nere. Och det är ju också en ideologisk fråga, väldigt mycket – Är tvång rätt eller fel? [...] Och sedan dessutom när det väl blir tvång som, som jag ju i och för sig begriper är nödvändigt i vissa situationer... Men att jag tycker nog också att det, det allra bästa är naturligtvis om man kan få en person att vilja själv. [...] Det är ju fruktansvärt att man ska behöva säga att det handlar om pengar, men visst gör det det i väldigt hög grad. [...] Därför ett par LVM, alltså tar ju jättehål i budgeten. Nu, nu budgeterar man ju för ett visst antal alltid, och vi ligger nog kring fem... [...] och vi brukar väl ha sj... fem, sex, sju kanske. Så vi brukar klara oss ungefär. Men skulle det komma till två till, då, då blir det ju gungigt faktiskt..." (IFO-chef, Maria Gamla stan 061117)

Katarina Sofia har minskat sin användning av tvångsvård kraftigt sedan projektet startade, vilket kan förklaras med den omorganisation som stadsdelen genomgått. Ekonomi nämns inte som något skäl i citaten, men tron på vad som kan åstadkommas med öppenvård är tydlig och denna tro kan ha drivits fram av ekonomiska förutsättningar.

"X: Så att jag tycker det går väldigt bra och ett kriterium det är ju LVM, antalet LVM. Jag tror att vi har ungefär kanske 5 i år då. Och samma sak förra året, och det är där.

JP: Stor skillnad mot förra året.

X: Ja mot. Och tidigare hade vi 14. Men då kan man säga att vi hade 14 men alla andra hade 1 och två och tre i Stockholm. Så att förmodligen ska det ligga runt... det ligger nog runt... så att jag tror vi jobbar på ett bra sätt." (IFO-chef, Katarina Sofia 061103)

"... så att nu tänker jag att SiS på något sätt är ju inte ointresserade av att det kommer fram att det är bra med tvångsvård. Det ligger ju någonstans i SiS hela uppdrag. Och så det hade kanske blivit som mer gynnsamt fullt från projektet. Men vi visar ju egentligen på, tror jag, men det är ju inte evidensbaserat det här som jag säger, men jag tror att tittar man, granskar man Katarina Sofia, då ser man att man kan jobba oerhört bra med lite tvång men allt det man gör." (IFO-chef, Katarina Sofia 061103)

Eskilstuna har tvärtom mot Katarina Sofia gått från ett mycket lågt LVM utnyttjande till en ökad användning. Även i Eskilstuna talar chefen om LVM som en akutlag och uttrycker flera gånger att "jag tycker att vi använder LVM på rätt sätt mer nu". Hon beskriver att de nu inte nöjer sig med att någon går med på frivillig behandling, vilket de gjorde tidigare.

"X: Alltså kriterierna måste ju vara uppfyllda, men också det där med, även om människan då säger "nej men jag behöver inte ha något tvång, jag går med på en frivillig behandling". Och då var vi väl nöjda förr. För det var ju billigare.

JP: Och då tog man det?

X: Ja, precis. Men, det är det där jag menar. Nu får man sätta ner foten och säga att "jaha, men du har haft LVM tidigare och sagt samma sak men du har inte fullföljt". Alltså att man får göra en... bedömning över det läget också och se att, nej vi får nog ta, alltså fullfölja ansökan. Mm, det tycker jag är det liksom det nya då'rå, eller vad jag ska kalla det för." (IFO-chef, Eskilstuna 061218)

I Uppsala förklarar chefen det relativt höga LVM-utnyttjandet med att missbrukarvården varit eftersatt under en tid av omorganisation och att de då "tappade bort ganska mycket missbrukare". Det fick som konsekvens att många "gick ner sig" så pass mycket att LVM uppfattades som det enda möjliga alternativet. Men, det framgår också att den nämnd som fattar beslut om placeringar är ganska generös. Här hörs inga resonemang om att fler än ett visst antal LVM på ett år förstör hela budgeten. Resonemanget från IFO-chefen i Uppsala nedan antyder också en positiv inställning till tvångsvård.

"Och det tror jag, det kan ju ha att göra med, det är lite svårt att greppa men, visst det kan ha att göra med att vi pratat så mycket om LVM-vården och... och eh... lite så där; är det något vi ska skämmas för eller att vi ska vara stolta över och vi har valt att tycka att det är jättebra. Att vi är stolta över

det, att vi tillgriper LVM när det behövs. Till skillnad från, vi har kolleger i andra kommuner, som ja, jag vet inte hur de tänker. Jag menar inte att de liksom struntar i människor men om skyddsbehovet är stort, då måste vi ju ingripa." (IFO-chef, Uppsala 061127)

Men även i Uppsala talar man om att LVM ska användas när "syftet med vården inte kan uppnås med klientens egna frivilliga medverkan" och det inte kan fångs upp "ens en gnutta motivation". Men de ser alltså också till hur seriös en klient är när den går med på en vårdplan så att det inte är "ett spel för gallerierna".

En möjlig förklaring till en skillnad mellan kommunerna är hur långtgående framtidsprofetior de gör. Socialtjänsten har att göra en bedömning av riskerna för individen om inget ingripande görs. Ska man ingripa om det finns en risk på ett, fem eller på tio års sikt? Och hur kan man se in i framtiden om vilka riskerna är? När jag påpekar att vi gör olika framtidsbedömningar menar projektledaren för VKP att det är en av "finesserna" att LVM måste användas med huvudet. Det tycks finnas ett relativt stort utrymme för godtycke. För att bli mer konkret kan vi ta det exempel som förekommer i typarbetsveckan. Det gäller den klient som vid tidpunkten för mitt fältarbete var i öppenvård (boende i hemmet, träffar en kontaktperson och träffar en sjuksköterska från socialtjänsten) men drack i samma utsträckning som innan LVM:et fastställdes. Faran för levern borde med andra ord vara lika stor som tidigare, men LVM:et tycktes inte ha inneburit någon större skillnad. Beroende på hur långsiktigt vi gör framtidsprofetior kommer vi att fatta olika beslut om LVM och beroende på hur vi bedömer andra åtgärders möjlighet att kunna åstadkomma en förändring kommer vi att fatta olika beslut.

Slutligen har det redan tidigare framkommit att förtroendet för tvångsvården tycks ha ökat med projektet, vilket även citaten nedan visar, men det leder inte automatiskt till en ökad användning av LVM. Det sista citatet kommer från chefen i Katarina Sofia och där har ju som nämnts LVM-utnyttjandet gått ner sedan projektstarten.

"... förut så var det, de åkte iväg på något vis och ville de inget rent..., så att de var ganska drivande själv, då var ju risken att det inte blev så mycket, det får jag ju villigt erkänna alltså. Sedan kan jag ju bara prata utifrån mig själv men så upplever jag det, att helt plötsligt så ser man LVM:et som en möjlighet på ett helt annat sätt, ja, jag iallafall, att förut var det "Ja, ja, nu är det LVM igen", och då blev det lite den här hopplöshetsstämpeln, att LVM är ju...då är det rätt kört, så ser jag inte alls på det längre, utan nu kan det bli att "Ja, det blir LVM, ja, men det kanske är bra det för då kan vi...", och så får man möjlighet att jobba med personen vilket man inte alls har för dem som är LVM-mässiga där ute för inte kommer ju de till mig. Jag kan ju inte jobba med dem här, och nu blir det lite som att de får så mycket mer tid. Så jag tycker det är skitbra! Det är i och för sig mer jobb, fast det är

på två vis eftersom det är mindre jobb på så sätt att man har kontinuerlig uppföljning, förut var det mer den här paniken "Nu tar LVM:et snart slut, vad ska vi göra nu?!", då började man fundera liksom..." (Socialsekreterare, Uppsala 060118)

"SiS var ju tidigare en sån här "SiS" [gör "himlande med ögonen"-ljud] tänkte man bara. Och har inte förstått SiS organisation på något sätt och sådär. Och nu börjar jag tänka att SiS är något man kan samverka med. Och det har inte funnits i min föreställningsvärld tidigare. Att man kan ringa upp dem och prata [båda skrattar]. Men det har jag ju sett att jag tror jag kommer ta kontakt med SiS framöver om det är någonting. Det är en lätt tillgänglig institution ändå, eller myndighet, det har det inte varit för mig tidigare." (IFO-chef, Katarina Sofia 061103)

Med tanke på exempelvis Katarina Sofias utveckling måste nog svaret på frågan om VKP ändrat kommunernas syn bli att tvångsvård och dess användning aktualiserats och diskuterats i större omfattning – kommunerna har fått relatera sin syn till andra kommuners – men att det är andra faktorer som ekonomi och allmänna attityder som påverkar användandet. Överlag ser dock de flesta intervjuade tvångsvården som nödvändig, men Stockholms kommun verkar försöka mer än andra med andra (billigare) alternativ innan de tar till LVM och de tycks mer benägna att föredra skadelindande åtgärder.

Eftervård

Att förbättra eftervården har varit ett av de primära syftena med VKP. Samtidigt är eftervård ett begrepp som innehåller en mängd olika betydelser. I sammanhanget handlar det om insatser som följer på tvångsvården. Det är intressant ur aspekten att tvångsvården syftar till att motivera till behandling – en slags förvård. Förvården följs av eftervård, men det betyder att själva "vården" som man tänker sig att tvånget kommer före och eftervård kommer efter saknas i modellen. Fler än jag menar att begreppen inte är helt lämpliga.

"Ja för mig, egentligen ordet eftervård är ju fel då för egentligen är det ju... Det är ju, vården fortsätter ju behandlingen eller den kan ta nya former och så, va. Men alltså, det är ju ingen eftervård. För den vård man har på LVM det är ju bara början på någonting, den är ju inte färdig. Så då kan det ju inte vara något efter." (Projektledaren, 061129)

Om vi bortser från begreppsproblematiken betonas vikten av eftervården av nästan alla som intervjuats i det här projektet.

"X: Nä, inte speciellt mer än vad jag har sagt...med just det här att jag tror att det är viktigt alltså om det nu är vårdkedjeprojektet eller vem det nu är, att det finns en eftervård och en lång eftervård, så det räcker...det tycker jag inte räcker med ett halvår utan det måste vara en lång...för de här, just

den här kategorin människor som hamnar i den här situationen att man, man vårdas...tvångsvårdas, och de, de behöver ju inte...men jag menar, jag ser med den här killen från 70-talet när jag jobbade på Maria ---kliniken, så att det är en karriär som är lång.

JP: Ganska lång ja...

X: Så att där är det ju att man...de behöver ju...

JP: Längre tid...

X: Ja. Det handlar inte om ett halvår, utan...kanske...livet ut..." (Socialsekreterare, Maria Gamla stan 050927)

Jag har bett en del av dem jag intervjuat att tala om vad de menar med eftervård och hur sådan idealt ska se ut. Det är svårt att få några mer substantiella svar på frågan förutom att det uppfattas som mycket viktigt. I övrigt tycks många mena att det beror på klientens unika situation vad som är idealt. Jag får intrycket att begreppet eftervård är förknippat med en mängd olika former av insatser. Allt från ett boende, till en samtalskontakt med en socialsekreterare, till en institutionsplacering, till medverkan i ett grupprogram, arbetsterapi o s v.

"Eftervård, ja men eftervård är för mig att när man kommer ut ifrån institutionen så ska det dels finnas en planering framåt eh... Helst så ska det finnas en sysselsättning när man kommer ut, och, naturligtvis, någon form utav boende. Sedan också en kontaktperson som man, som man har kontakt med under en kortare eller längre tid. Om man tänker sig att i vår stadsdel, så tänker man att självklart ska man ha kontakt med någon på SBT [Södermalms beroendeteam], men sedan tror jag inte att det är så." (IFO-chef, Maria Gamla stan 061117)

Projektet har generellt satt fokus på eftervård och tvingat både socialtjänst och institutioner att fundera mer på eftervård, menar många. Inom socialtjänsten beskrivs av flera att LVM och andra typer av placeringar ofta upplevts som ett andrum för socialsekreteraren som tillfälligt släpper den placerade för att fokusera på annat. Sedan kommer utskrivningen plötsligt och plan för tiden efter saknas. Dessa personer menar att projektet fått socialarbetarna att tänka mer långsiktigt och planera för tiden efter LVM i större utsträckning. I Örebro har framkommit flera gånger att gruppen klienter i projektet får en slags positiv särbehandling/"gräddfil". De får gå före i köer för boende/behandling o s v.

"... Ja, men det handlade ju om att man, att man ändå hade, att det fanns någon som bestämde att det ska öppnas dörrar. För de här klienterna, det får inte gå fel. Sedan blir det ju fel i alla fall men det är ändå väldigt olika förutsättningar och många av er har slitit som stollar, liksom, med... Att,

och att det sedan ändras, att förutsättningarna ändras under resans gång, det kan du ju inte göra någonting åt. (Fokusgrupp samordnare 061122)

En andra fråga är om vården blivit bättre planerad. Många menar att så är fallet och att överenskommelserna bidragit till det. Överenskommelserna ses som bra i huvudsak, men en del menar att man ändå kommer överens om vem som gör vad i alla ärenden (se citat nedan). I något fall visste socialsekreteraren inte vad jag menade med överenskommelse även om han menade att sådana gjordes när jag beskrev innehållet. Skillnaden mot tidigare/andra planeringar utanför VKP är att det är ett specifikt formulär och att man går igenom område för område. Men inte bara överenskommelserna handlar om planering. Som redan nämnts i slutet på avsnittet om metoder kan flera av de metoder som implementerats i projektet uppfattas som planering. ASI och MAPS kanske är tydligast, men även CRA går till stor del ut på kartläggning och planering. Man skulle kunna se hela VKP som ett planeringsprojekt – en stor del av de träffar som jag (och JS) varit med på under de veckor som jag följt samordnarna har gått ut på planering – ibland till och med planering inför planering.

”Nej, jag tycker inte att det är någon skillnad för man bestämmer ju ändå på alla möten så här vad som ska göras och vem som ska göra vad. Man knyter ihop mötet och den gör det och den gör det. Och kollar att allt är klart för alla och för patienten själv och sådär. Så jag tycker inte, jag tycker inte att det blir någon skillnad. Det som blir skillnad så det är väl när man har den där mallen att man går igenom mer tydligt område för område mera avgränsat så och att man kollar av och tar upp det även om det inte är något man ska diskutera så nämner man ändå den där punkten. Är det nåt där? Det kanske man lättare liksom glömmer i de andra ärendena när man inte har den där.” (Fokusgrupp Runnagården 061220)

Men även planeringen och överenskommelserna är problematiska när olika aktörer har olika ansvarsområden, vilket visas inte minst i den frustration som en av samordnarna uttrycker nedan. Citatet kan också ses om en förklaring till den besvikelse som en del klienter upplevt när löften inte infriats. En annan förklaring som också är en kritik mot det arbete som en del samordnare (inte) gör kommer från en av institutionerna (andra citatet nedan). De menar också att i de flesta fall som klienterna upplever besvikelse avseende samordnaren så är det befogat.

”En annan grej är det att, jag kan bara prata utifrån Uppsala, när vi presenterade vårdkedjan och säger om du går med på det här så ska du få hela vårdkedjan, säger jag, liksom. Och så gör man en överenskommelse och så, det där har vi ju diskuterat nyligen, liksom, det finns ju ingen förutsägbarhet i kommunen. Alltså en handläggare kan, liksom, inte lova ekonomin och den kan inte lova bostad för att det är olika enheter som ansvarar för

det. Det finns ju ingen förutsägbarhet i organisationen. Alltså om jag har gjort en planering så säger ju det ingenting, alltså. Det, det innebär inte att allting klaffar. För att det är olika, andra myndighetspersoner som ska besluta i sin tur, va. Och de är inte med på tåget från början.” (Fokusgrupp samordnare, 061122)

”X: Kontakt från första stund man är på institutionen och att man fortsätter ha den personliga kontakten. Det behöver inte innebära att man åker hit en gång i veckan och träffas då, men att åtminstone att man lyfter luren och att man har den hära kontakten. [...]

Y: Och sen nånstans så har ju samordnaren, när de presenterar sig så talar de om för dem att jag är samordnare och jag kommer att följa med dig under den här tiden, jag kommer att bevaka dina intressen och jag kommer att följa upp. Och sen helt plötsligt så har en del klienter kunnat, eller att de har upplevt att medans de är på institutionen så har det inte hänt så mycket mer eller man kanske kan komma på ett möte och de har inte haft den kontakten som de tycker att de vill ha. Och att man då kanske har tyckt att ja, men vi blir mer aktiva sen i eftervården och där har man också haft lite olika syn på hur det kommer att se ut. Och då kan det ha blivit att kontakten har uteblivit under vissa perioder. Och då tycker klienten att jaha men, vart tog den här personen vägen. Ja och då blir det att klienten får ringa och om nån ska bevaka ens intressen så ska man ju inte behöva bevaka att den personen gör det. ...” (Fokusgrupp Rällsögården 061207)

Öppenvård är något som kommit på tal i flera kommuner. På Södermalm byggde man upp en hel öppenvårdsenhet i samband med uppstarten av projektet (det hade inget med VKP att göra). En viktig tanke bakom var att sänka kostnaderna genom att göra färre institutionsplaceringar. Omorganisationen, en ny chef och öppenvårdsteamet bidrog också till att Katarina Sofia beslutar om klart färre LVM än innan projektet började. Södermalms beroendeteam tycks dock fortfarande dras med en del problem, varav ett tycks vara att de inom kommunen inte är överens om vilka de ska rikta sig till. Själva föredrar de kanske individer med enklare problematik, medan myndighetspersonal vill att de tar emot även andra, som VKP-klienter. I Eskilstuna satsade man också en del på nya verksamheter i samband med en omorganisation och de tycks särskilt inriktade på kvinnor. I Uppsala har eventuellt VKP satt fokus på bristen på öppenvård. De håller därför på att planera och starta en öppenvårdsverksamhet. Örebro sågs på detta område som en mönsterkommun som hade en väl utbyggd öppenvård. Problemet där har snarast varit att deras behandlingsteam inte haft alltför mycket att göra, vilket skulle kunna förklaras av att de klienter som blir aktuella har andra mer primära stödbehov.

Huruvida eftervården blivit bättre är svårt att svara på, men troligen har planerandet av den strukturerats och intensifierats, vilket kan borga för en förbättring. Som jag skrivit tidigare är dock planering något som ifall den

lovat mycket, men sedan inte håller det kan bidra till ett större fall för både vårdgivare och klient. Det bör även påpekas att handläggare och klienter, liksom tidigare, är utlämnade till befintliga öppenvårdsprogram, kommunernas ekonomi (vilken i och för sig kanske får mindre betydelse p g a Kontrakt för livet), kommunernas ramavtal och vad "man" tror att klienten har behov av (som också påverkas av attityder till problem och typer av vård, modevågor när det gäller problembeskrivningar och vård, ex. "evidens"-prat). Med andra ord är VKP:s möjligheter att i praktiken påverka eftervården begränsade.

Vid intervjuer med institutionspersonal och i projektets upplägg framkommer att institutionerna ska vara och är inblandade i eftervården i större utsträckning. De verkar, åtminstone på en del institutioner, vara mer inblandade i både §27-placerade klienter i och med deltagande vid överenskommelser och planeringar och mer inblandade även efter avslutat LVM. Delvis genom sin kontakt med samordnarna och delvis genom att de ska följa upp klienterna med intervjuer i projektets slutskede (efter att klienten varit aktuell i 12 månader). Flera uppskattar att få mer kännedom om vad som händer med utskrivna klienter men förändringen innebär också ett slags förflyttat ansvar för tvångsvården. Det påpekas också av projektledaren vid ett projektgruppsmöte att projektet har flyttat fokus – nu är tiden efter LVM också mer än tidigare institutionernas område. Det kan uttryckas så att SiS utökar sitt territorium och gör sig behövda i kommunerna.

"X: Nej, jag tycker i alla fall att vårt uppdrag... Förut har vi väl haft nån sorts bro mellan LVM-tiden och eftervården men kanske inte lika tydlig som den är, har blivit [ohörbart]. Alltså det är klart att vi har kunnat föreslå insatser och så, men sen har man aldrig vetat vad det har blivit av det på samma sätt, men nu har vi ju eftervårdsplaner. Och den i sig alltså, själva dokumentet och strukturen kring det har ju varit viktig, tycker jag.

Y: Men visst alltså tänket har ju kanske funnits, men just det hära att att vi faktiskt kan ta den delen. Det blir liksom självklart att vi lägger oss i. Fastän LVM:et är slut." (Fokusgrupp Rällsögården 061207)

En sista fråga avseende eftervården gäller vem som ansvarar för den. Det enkla svaret är förstås att socialtjänsten har huvudansvaret, men med samordnarna och en utvidgad roll för institutionerna i eftervården är det många aktörer som är inblandade. Ofta finns även andra inblandade, som psykiatrin och andra vårdgivare som beroendecentrum, familjehem och behandlingshem. VKP har sett till att dessa olika vårdgivare träffas samtidigt för gemensam planering. Det har lett till en del, i det närmaste absurda, träffar med ett tiotal deltagare. Det kan ju uppfattas som positivt med flera engagerade vårdgivare, men det finns också risker som exempelvis att ansvaret fördelas på flera personer. Ett exempel finns i typarbetsveckan, eftermiddag dag 4, där vi var sju personer

samlade och där klienten meddelar att hon vill lämna §27-placeringen för att åka tillbaka till tvångsvårdsinstitutionen. Flera var engagerade i samtalet, men det kändes något slumpartat vad som blev kontentan av mötet och jag fick heller ingen känsla av att någon var ansvarig eller höll i mötet.

Brukarperspektiv/-inflytande

I VKP skulle ett brukarråd tillsättas för att brukarna skulle få inflytande i projektet. SiS bjöd några frivilligorganisationer att ingå i rådet. Brukarinflytande och brukarperspektiv är begrepp som har kommit att användas i allt högre utsträckning och var också ett tema som analyserades av ett nordiskt forskarteam (Anker m fl, 2006). Det är intressant att reflektera både över begreppens ökade användning och över deras betydelser – inte minst vad det innebär att vara en "brukare" är intressant. Begreppet "brukare" kan sägas vara synonymt med användare, en betydelse som i tvångsvårdssammanhanget kan tyckas något märkligt när det handlar om dess intagna. En användare/brukare av tvångsvård... Det verkar nästan rimligare att kalla socialsekreteraren för brukare än klienten i detta fall. Att bruka/ använda implicerar aktivitet och val och det är också den stora skillnad från "klient" som inte bygger på ett verb. Att begreppet "brukare" blivit populärt i olika sammanhang kan kopplas till en slags nyliberalism, konsumtions-/marknadstänkande, där individer använder tjänster. När det handlar om något som man tvingas till ter sig begreppet märkligt.

Om vi nu ändå väljer att se dem som tvångsvårdas som "brukare" är problemet med SiS brukarråd att de flesta (egentligen ingen) som ingår i det inte är brukare. Det är istället representanter från organisationer som Skyddsvärnet, SIMON (Sveriges Invandrare Mot Narkotika), Dianova (bedriver behandling), FMN (Föräldraföreningen mot narkotika), KSAN (Nätverks för kvinnoorganisationer) och en organisation för familjehem. Ingen av representanterna är tvångsvårdad och bara två har någonsin varit tvångsvårdade. Att vara före detta brukare är dock något helt annat än att vara brukare för tillfället. Man kan ha mycket olika perspektiv före/under/efter. Det kan vara svårt för den som är "efter" att tala för den som är "under". Ett alternativ för ett brukarråd som inte består av "aktiva" brukare skulle kunna vara att samla in synpunkter från just "aktiva" brukare, vilka då inte har något direkt inflytande, men väl skulle kunna sägas ha ett indirekt inflytande. I fallet med SiS brukarråd kan sägas att två av dess medlemmar vid ett tillfälle under projektiden besökte en av de ingående LVM-institutionerna för att tala med de intagna. I övrigt har jag inte kännedom om några försök att kommunicera med LVM-klienter.

Nästa fråga att ställa sig är om det finns några perspektiv som kan anses gemensamma för brukare över huvud taget, vare sig man räknar in före detta brukare eller inte. Alla som varit på ett LVM-hem vet att personer som är intagna där är olika och har olika syn på sin situation och den vård de får/ utsätts för. Ändå talas det om brukarperspektiv som något självklart och enhetligt. Om

vi ska tala om brukarperspektiv bör vi inse att det nog finns en mängd sådana och att flera brukarröster bör bli hörda. De två brukarrådsrepresentanter som intervjuats har också svårt att redogöra för brukares perspektiv.

”Brukarna” i betydelsen tvångsvårdade har inte getts något inflytande i projektet (åtminstone inte formaliserat, men möjligen i sina egna ärenden). Frågan om ”brukarrådet” har haft något inflytande är en helt annan, men där är svaret tveksamt. De kan ha haft ett inflytande indirekt genom att de lyft vissa frågor och satt ett tankefrö hos någon som senare påverkar en händelsekedja, men ingen som jag har träffat har kunnat peka på något specifikt område där brukarrådet påverkat ett beslut. Citatet från styrgruppens ledare nedan tyder dock på att de kan bidra med alternativa perspektiv på projektets ingredienser.

”Ja, typ av synpunkter... Det här att eh, om man kanske inte vill ha någon samordnare [skrattar till]. Alltså han har ibland, [...] Det här och det här måste ju vara skitbra, de här tre sakerna och så har han tagit fram en av dem och bara vänt på det och sagt så här ”ja, men det kan vara precis tvärtom om man tänker så här”. Jaha... Ja, det, så kanske man också kan tänka, liksom, va. Och det har varit lite nyttigt.” (Styrgruppens ordförande 061219)

”Det har ett symbolvärde också att man har ett brukarråd och att det tas med i olika sammanhang. Det finns någon sorts symbolvärde i det. Sedan skulle jag ju nu, [...] vilja vidareutveckla det här med brukarråd. Med, jag har jätteroliga idéer om detta men, men så att det får ett mycket mer rejält inflytande, va.” (Styrgruppens ordförande 061219)

En annan ledamot av styrgruppen tar själv upp brukarrepresentanterna som något positivt med styrgruppen.

”X: [...] Det är också jättebra att frivilligorganisationer har varit med i...

JP: Ja, just det.

X: Så att man liksom får det, det perspektivet. För det är ju, och det har vi ju... I och för sig, vi har ju mer och mer med de organisationerna i våra styrgrupper just för att man får ett brukarperspektiv också på ett annat sätt.” (IFO-chef, Maria Gamla stan 061117)

Man skulle kunna hävda att ett brukarråd åtminstone inte gör någon skada även om vi inte kan säga att de gör någon ”nytta” och att det då är bättre att ha än att inte ha ett brukarråd i det ifall det kan tänkas ha någon betydelse som vi inte kan ”mäta”. Men vi bör också analysera frågan om ett brukarråd kan tänkas ha negativa konsekvenser. En sådan skulle kunna vara att existensen av ett brukarråd signalerar att brukare har en möjlighet att göra sig hörda. Om brukarrådet accepterar en åtgärd så måste den ju vara okej även från de intagnas perspektiv? Men, om nu brukarrådet inte kan sägas

företråda "aktiva" brukare, ens på ett indirekt vis, innebär det att vi vaggas in i en falsk trygghet. Kanske kan beslut till och med fattas som är mer impopulära bland "brukare" med just hänvisning till att ett brukarråd finns och inte reagerat emot förslaget/beslutet. Brukarrådet kan med andra ord skapa legitimitet för obekväma beslut. Hur denna typ av negativ konsekvens ska undvikas och hur "aktiva brukare" ska komma till tals bör utgöra ett återkommande diskussionstema både för SiS ledning och för brukarrådet. Citatet nedan visar också att brukarrådsrepresentanten är medveten om den risk som jag beskrivit.

"X: Nej. Intresse. Det fanns intresseorganisationer. Man har intresse i själva ämnet alltså, man har...man kanske är företrädare för någon frivilligorganisation. Men det här med brukare, det är ju att...därför att brukare har...är till för att ge klienten en röst. Och då borde man ju på något sätt ha något samröre med brukaren eller på något sätt...

JP: Det kan man ju tycka.

X: Ja...och det är därför vi sitter i de där mötena, det har jag tjuvat om många gånger, för att när det bara är sånt där snack, alltså det är det är bara ett spel för galleriet, och...eh...då kanske det motverkar sin syfte.

JP: Ja, hur tänker du då?

X: Nej då kan ju SiS säga att vårt brukarråd, och känna sig stolta över det, men de sitter ju i SiS knä. [...] Jag menar inte att man ska...gå i krig med SiS för att man sitter med i ett brukarråd, men jag menar...det är ju bra om man kan förbättra vården för att det bästa är ju då om klienterna är nöjda. Och jag kan lova dig att så speciellt nöjda är inte LVM-klienterna. [skrattar till]" (Dianovas representant i Brukarrådet 060502)

Brukarperspektiv /-inflytande är som texten ovan visar ett komplext område som dock är mycket viktigt. I fråga om integritetskränkande åtgärder är det av allra största vikt att förhålla sig om upplevelsorna och synpunkterna hos dem som faktiskt är föremål för åtgärderna för att i möjligaste mån minska kränkande inslag.

VKP:s betydelse för missbrukarvården

En förhoppning som uttryckts från SiS när det gäller projektets effekter är att det ska ge "ringar på vattnet" – att idéer från projektet sprids och utvecklas lokalt. Så att projektet i någon mening lever vidare även efter projekttidens slut. Det är alltid svårt att uttala sig om direkta effekter och även i VKP:s fall är det svårt att tala om huruvida nya fenomen eller förändringar i de lokala kontexterna är en effekt av just VKP. Jag kommer dock här att redogöra för resonemang från olika aktörer, framför allt socialtjänstcheferna, om spridningen av VKP:s idéer och effekter men läsaren bör hålla i minnet att även andra saker

skett i kommunerna och på nationell nivå som kan ha lett till förändringar. Inte minst ägde politiska maktskiften rum under projektets slutfas (innan intervjuerna med socialtjänstcheferna) både på statlig och på kommunal nivå. De intervjuade beskriver ibland förändringar som direkta effekter av projektet, men i de flesta fall har man svårt att peka exakt på vad som ledde till vad. Projektet *kan* ha varit *en del* i det som påverkade kommunen att gå i viss riktning. Som citatet från en socialtjänstrepresentant påpekar nedan kan projektet ses som en "idégivare", men menar att det krävs större satsningar och bättre lokala lösningar som är långsiktiga (ej projektbetonade).

"[...] så jag tycker att om staten nu och, vad ska man säga, säger att vi måste jobba mer med gruppen, att samhället ska satsa mer på gruppen tunga missbrukare så menar jag att det här måste färga hela vårt arbete och istället för att satsa på kraftfulla projekt under ett och två år så måste vi få större resurser så att vi har, alltså möjlighet att jobba så här, för vi har hela tiden en grupp med tunga missbrukare. [...] Så att jag ser det så att ta in en person som kommer ett par år, jag menar de här männen som har varit i vårdkedjeprojektet hos oss, de har varit klienter i femton år kanske tjugo år. [Samordnaren] kommer in en kort tid, två år går jättefort! Och sedan är han försvunnen igen. Så att det är mer att vi måste hitta former och få möjlighet att jobba så och inte ha så vansinnigt många klienter per socialsekreterare. [...] Det här kan mer vara en idégivare för att vidga vår syn på det här jobbet, tycker jag. Men vi måste få ut, ha det hos oss. Inte en samordnare som kommer utifrån och ska på något sätt tala om för oss hur vi jobbar. Eller hur vi ska jobba." (Fokusgrupp socialtjänstrepresentanter 061213)

"Vi håller just på att anställa en samordnare som ska samordna våra egna resurser till kommunerna så att, jag vet inte, det hade kanske skett utan vårdkedjeprojektet men det är ju, jag tror att man tänker på liknande sätt överallt på något sätt och det är olika kommuner [ohörbart] och det är viktigt att man samordnar, att man håller ihop för klientens skull så att vi inte jobbar åt olika håll. På sätt och vis kan man ju tänka att det här har fått oss att ta steget att gå vidare." (Fokusgrupp socialtjänstrepresentanter 061213)

En ofta i positiva ordalag omnämnd effekt är att projektet, eventuellt tillsammans med Ett kontrakt för livet, lett till att målgruppen för insatserna, eftervården och de evidensbaserade metoderna hamnat mer i fokus, vilket kan tänkas få mer långsiktiga konsekvenser för missbrukarvården i stort.

"Alltså jag tycker det här som med faktiskt är en bieffekt, vi börjar bli lite mer medvetna om en kunskapsbaserad socialtjänst. Det tycker jag har varit en bieffekt i det här. Och att tänka vårdkedja över huvud taget tror jag också är en liten bieffekt, inte bara med LVM utan då även i våra andra insatser.

Det tror jag, och sen absolut samverkan då mellan stat och kommun det är ju jättetydligt.” (IFO-chef, Katarina Sofia 061103)

”[Namn på enhetschef] då då som har sökt projekt pengar nu för att jobba med vårdkedjor för de här väldigt tunga personerna. Och de som inte Södermalms beroendeteam är till för, de här som är den svåraste vårdgruppen, där man hela tiden söker upp försöker hålla folk i sånt skick att man inte behöver omedelbart vård. Det kan jag tänka mig kommit från idéer härifrån.” (IFO-chef, Katarina Sofia 061103)

I och med de satsningar som gjorts när det gäller missbrukarvården har kommunerna getts möjlighet att söka pengar för särskilda satsningar inom området från länsstyrelserna. Det är något som de kan tänkas ha gjort oavsett projektet, men vad man söker pengar för kan ha inspirerats av projektet.

I Uppsala har projekt satt visst fokus på avsaknaden av eftervård, eller snarare öppenvård, och det är något som diskuterats i samband med projektet, även om det kanske är svårt att hänföra det helt till VKP. Missbruk tycks inte ha varit något prioriterat område i Uppsala, även om resurser för placeringar funnits tillgängliga. Liksom många andra vill de trots allt minimera kostnaderna för placeringar och därmed förkorta dessa och då ser man vikten av att kunna erbjuda något efter placeringarna. I den planerade öppenvården vill man också använda sig av samordnare – ”en person som ska liksom vara smörjmedlet mellan alla enheter och boenden och allt som finns hos oss”. Tanken är att skapa två skilda spår, ett för de motiverade som går ut på fortsatt 12-stegsbehandling med drogterapeuter och ett spår för de ”...här missbrukarna som en och annan gång åker in på LVM-vård men som är, kanske inte så behandlingsbara...” vilket går ut på boenden och ”lite träffpunkter och tillsyn och så...” (socialtjänstchefen). I viss mån tycks alltså även Uppsala gå mot mer skadelindrande åtgärder.

”... och man skall inrätta någon slags kontakt träffpunktsverksamhet för äldre missbrukare, och så bakgrunden för det är att man vill sänka kostnaden för äldre för [...] den här gruppen kroniker som finns den är väldigt stor alltså, och det tas frekvent LVM på dem. Och det känns som att det ger ingen större förändring, det är liksom livsuppehållande insats som man har hållit på med, och då vill man göra tillvaron lite mer dräglig för de här på hemmaplan så att de kan hålla sig på ytan, så att det blir lite längre mellan LVM. [skratt] Sänka kostnaden för det handlar om kostnader tror jag.” (Fokusgrupp samordnare 061122)

I Eskilstuna skapades en samordningsfunktion, som åtminstone till namnet kan sägas influerats av VKP, men det finns de som undrar vad den lokala funktionen egentligen är till för. De har svårt att se nyttan med den. I Örebro kommer man att fortsätta arbetet med CRA och så har man sökt och fått pengar från länsstyrelsen för att kunna införa vårdgaranti och snabba på

ärendehantering. På Södermalm har man sökt pengar för att inrätta en samordnartjänst som ska samordna vård (i övergång från slutna till öppna former) för dem som har den svåraste situationen. Enheten för hemlösa har också sökt pengar för att fortsätta metodutvecklingen. De vill få stöd i implementeringen av MAPS. En annan följd av projektet är det café som startats på Södermalm i samarbete med Dianova. Det är en effekt av de kontakter som knutits i styrgruppen. Caféet är till för klienter som inte har någon säsättnings på dagtid och behöver lite socialt umgänge.

I övrigt vill de flesta kommuner fortsätta att utveckla metodarbetet och tänker sig att arbeta med de metoder som används inom projektet. I synnerhet representanter från Stockholms stadsdelar nämner ofta evidensbaserade metoder som viktiga att satsa på, något som de sannolikt hade gjort oavsett projektet, men som kan ha förstärkts av det. Samtidigt är långsiktighet svårt för de politiskt styrda kommunerna. Någon frågar sig vad som händer när de inte längre får extra medel för det här området.

"X: Då måste man prioritera och samtidigt så inser man ju att man... Var ska man? Alltså den här prioriteringsfrågan är ju egentligen den största och svåraste frågan som finns i, i kommunalt arbete både... Inom alla områden. För vi vet ju någonstans att skulle vi kunna jobba bra förebyggande tidigt så skulle vi ju på lång sikt få bra effekter. Men eftersom politiken är ettårig så handlar det aldrig om långsiktighet utan det handlar ju bara om snabbt här och nu och visa resultat. Och eh, då blir det ju det att, då får man ju hela tiden ta det här som är akut. På bekostnad av det som på sikt skulle kunna bli något bra.

JP: Mm, jag förstår. Dilemma alltså.

X: Ja, det är det och det... Samtidigt så är vi alla överens om att det är klart att vi måste satsa på, framförallt, på dem som är unga. Så att det inte, att man inte bygger på den här gruppen för mycket. Eh, och... De äldre är ju samtidigt självprioriterade när de är i dåligt skick så." (IFO-chef, Maria Gamla stan 061117)

I Stockholm har det nya politiska styret beslutat att Katarina Sofia och Maria Gamla stan ska slås samman. Även om de redan innan sammanslagningen har samarbetat på flera områden kommer det att innebära viss turbulens och instabilitet, vilket kan befaras påverka utvecklingsarbetet.

På institutionerna vill vissa fortsätta med metoderna, men det är tveksamt om Hornö och Runnagården kommer att fortsätta med CRA, eftersom de inte under projektets gång använt CRA på andra klienter än de som ingår i projektet. Några personer har nämnt att man skulle vilja skriva överenskommelser på samma vis som i VKP för alla klienter. Vidare har som nämnts en viss förskjutning skett avseende institutionernas fokus mot mer inblandning i eftervården. Projektledaren menar också att andra LVM-institutioner än de

som ingår i projektet har påverkats av det. Andra institutioner har hört av sig och intresserat sig för arbets sättet och metoderna.

Jag har även talat med många om hur man skulle lägga upp ett nationellt VKP. Alltså om man skulle ha samordnare för alla klienter i landet. Både samordnare knutna till institutionerna och till kommunerna har nämnts. Men om samordnare vore knutna till institutionerna kan det bli svårare att följa klienterna efter utskrivning när klienterna kommer från olika delar av landet. Vanligare är då att tänka sig samordnare knutna till kommunerna, där mindre kommuner delar på en samordnare. Det kanske inte ingår i vår uppgift att komma med förslag, men andra har föreslagit att kommunerna själva kan behöva ta initiativ till att inordna samordnare om de ser sådant behov. Dessa kunde då även användas för andra klienter än de tvångsvårdade, något som nämns både av VKP:s projektledare och några socialtjänstchefer som önskvärt. Det kan också tyckas lite märkligt att staten skulle anställa personer som ska arbeta i de fristående kommunerna över hela landet med att samordna vården för just tvångsvårdade klienter.

Avslutningsvis ska det påpekas, vilket framgår av nedanstående citat, att de flesta har en positiv bild av projektet och stora förhoppningar om att projektet ska få större konsekvenser för arbetet med "missbruk".

"X: Det har varit bra att ha med, även om jag inte har förstått arbetsgruppen och kanske lite grand kritik med gnissel mellan samordnare och handläggare eller mina behandlare, alltså det har varit bra. Det har varit bra att det satt fokus på den här klientgruppen, det sätter fokus på våra behandlingsmetoder, det sätter fokus på utredningsmetoder och vi pratar om det. Vi tvingas ta ställning och tvingas utvärdera och vi tvingas göra saker och så har vi fått utbildning och man har ändå fått kontakter så att det har varit massor med bra saker. Det har varit väldigt bra att delta i projektet, [...].

Y: Jag tycker att det har varit en förmån, alltså att få delta. Att vara med i det här lyftet, alltså det har lyft gruppen. Det har lyft diskussionen, det har lyft, alltså kompetensutveckling. Det måste, det tycker jag och det har förts in i nya samarbetsformer och utvecklingstankar. Och jag tror också att just den här satsningen som [ohörbart] alkoholkommittén och så där, det, de har ju satt fokus på arbetet med missbruk. Och det har varit jättebra för det var ju nedprioriterat. Så det var ju dags, alltså. [...] Och det var i sista sekunden. Utifrån att det har varit sådana nedprioriteringar. Jag hoppas verkligen att man inte tappar den där fokusen." (Fokusgrupp socialtjänstrepresentanter 061213)

Sammanfattning och diskussion

Jag ska börja med en kort summering av det jag anser vara det centrala som har framkommit i analysen. Jag vill därefter lyfta diskussionen av analysen genom att koppla den till det teoretiska perspektivet och till samtida samhällsföreteelser. Jag vill dock börja med att nämna att den genomförda studien framförallt pekar på komplexiteten och variationen i både synen på vad projektet går ut på och på hur det genomförts. Det gör enkla slutsatser eller bedömningar om projektets framgång eller misslyckande omöjliga att dra. Olika bedömare lägger vikt vid olika resultat. Det som upplevs som positivt för en bedömare kan vara negativt för en annan. Inom översättningsperspektivet, vilket var utgångspunkten för studien, fokuseras på hur olika aktörer genom tolkningar, attityder och handlingar påverkar utformningen av en policyidé (Johnson, 2003). De betydelser olika aktörer tillskriver VKP är centrala om vi vill förstå och förklara hur VKP uppkommit, formats, tillämpas och vilka effekter det får. Ett av syftena med projektet var därför att visa på olika tolkningar och olika förståelser, vilket förhoppningsvis kan generera en ökad problematisering och bättre diskussions-/beslutsunderlag för både praktiker och politiska beslutsfattare.

I analysen har jag försökt lyfta fram förhållanden som är specifika för olika lokala kontext, vilket var ett av syftena med studien. Under analysarbetet blev det dock tydligt för mig att samtliga subjekt gör sina egna tolkningar av projektet utifrån sin unika position. Det finns alltså inte en lokal översättning som är specifik för Rällsögården eller Uppsala, utan IFO-chefen gör sin översättning utifrån deltagandet i styrgruppen, sin kontakt med enhetschefer och samordnare, sina personliga attityder och erfarenheter, hur organisationen av socialtjänsten är uppbyggd o s v, medan en socialsekreterare i Uppsala gör sin översättning utifrån sin specifika position. Samma sak gäller i de andra kommunerna och på institutionerna. Samtidigt har givetvis jag som forskare påverkat vad olika aktörer talat om och i de genomförda fokusgruppintervjuerna har även kollegorna påverkat vad aktörerna fokuserat på. I avsnitten om synen på tvångsvård och om VKP:s betydelse för missbrukarvården har dock en del kommunspecifika förhållanden lyfts fram.

Jag vill här också påminna om det perspektiv som varit centralt för denna studie där översättningen eller tolkningen av projektet betraktas som en oavslutad process (Abma, 1997). Det är väsentligt inte minst eftersom processen har fortsatt sedan fältarbetet avslutades och även kommer att fortsätta efter att resultaten av studien presenterats.

De centrala resultaten

Vad visar då denna studie? Till att börja med visar den som nämnts att olika aktörer gör olika tolkningar av vad VKP syftar till. Det handlar om de uttalade syftena (bättre samarbete, höja kvaliteten på vården o s v) blandat med att höja kommunernas förtroende för tvångsvården, sätta fokus på gruppen

”de allra tyngsta missbrukarna”, få kommunerna att använda tvångsvården i större utsträckning, sätta fokus på eftervården o s v. Det som inte nämndes i särskilt stor utsträckning var förväntade effekter för klienterna. Angående planeringen och genomförandet av projektet kan sägas att många aktörer menar att planeringsfasen och förankringen inte var tillräckligt omfattande, vilket i vissa fall lett till en kritisk hållning till projektet. Konflikter uppstod även mellan aktörer som hade olika uppfattningar om hur projektet skulle genomföras och samordnarna upplevde oklarheter beträffande sina uppgifter. Projektet fylldes dock med flera grupper av aktörer som skulle underlätta och utveckla arbetet. Det kan vara positivt för förankringen och utvecklingen, vilket är svårt att undersöka, men de flesta deltagarna i styrgruppen och arbetsgruppen upplevde att grupperna främst gått ut på att förmedla information – från SiS huvudkontor till kommunerna/institutionerna. Vad gäller ledningen av projektet har vissa brister framkommit som hänger samman med knapphändig ledning av samordnarnas arbete.

Samordnarfunktionen uppfattas av många som den mest centrala ingrediensen i projektet, men även här förekommer en stor variation i beskrivningarna av vad den består, och borde bestå av. Medan en del menar att de ska vara klientens ”språkrör”/ombud/”försvarsadvokat” o s v, menar andra att de inte bör liera sig för mycket med klienten. Medan en del menar att de ska arbeta med behandling håller andra inte med. Medan de flesta menar att de inte ska agera socialsekreterare kan deras uppdragsbeskrivning samtidigt liknas vid socialtjänstens uppdrag. De flesta respondenter som fått frågan menar också att samordnarna delvis gör det som socialtjänsten (och till viss del institutionerna) borde göra, men att det är bra att samordnarna utför de uppdrag som socialtjänsten inte ”mäktar med”. Huruvida det är en bra strategi att staten tar på sig att utföra tjänster som kommunen borde stå för kan diskuteras. I några fall tycks socialtjänsten fått upp ögonen för arbetsmodellen med samordnare, i andra fall har samordnaren i VKP krockat med befintliga samordnare i kommunen och i något fall har socialtjänsten tillåtit bli mer passiv i relation till institutionerna. Det förekommer beskrivningar både inom SiS och kommunerna som handlar om att samordnaren blir ytterligare en aktör som ska samordnas och en av flera ”spindlar i nätet”.

Vidare visar fältarbetet att samordnarna, som de också uttrycker själva, fyller i ”hålen” – utför de uppgifter som annars inte blir gjorda – och det kan innebära allt från att planera vården, utföra behandling, hjälpa till med praktiska problem som att mata fiskar när klienten är borta, besöka klienten till att hålla i möten. Samordnararbetet innebär dessutom mycket resor och ensamarbete. Arbetet ser också olika ut från samordnare till samordnare, vilket beror på antal klienter, syn på det egna arbetet, kommunens organisering, intressen, tidigare roll i kommunen o s v. Institutionerna uttrycker att samordnarna borde jobba som intensivast i övergången från institution till öppenvård. Samordnarna arbetar också intensivt i förberedelsefasen, men

pekar också på svårigheterna med arbetet efter övergången när de uttrycker att klienterna oftast vill ha mindre kontakt då. De allra flesta aktörerna uttrycker dock en tacksamhet gentemot samordnarna och tycker att de utför ett bra och viktigt arbete.

Ett annat viktigt syfte med projektet var att förbättra samarbetet mellan framförallt institutioner och socialtjänst. I det arbetet har samordnarna varit centrala och främst beskrivs de generera ett bättre samarbete och en ökad förståelse mellan de två. Personal på en institution menar dock att det lett till mer begränsad kontakt med socialsekreterarna och att samarbetet mellan institutionen och socialtjänsten varit avhängigt ett gott samarbete mellan socialtjänst och samordnare. I övrigt har gemensamma utbildningar, institutionernas ökade inblandning i eftervården, socialtjänstens deltagande i överenskommelser, arbetsgrupp/styrgrupp och framför allt det faktum att kommunerna nästan enbart placerat klienterna på de tre VKP-institutionerna lett till fler möten mellan socialtjänst och institutioner, vilket en majoritet menar i sin tur genererat ett bättre och tätare samarbete samt en större förståelse för varandra. Att begränsa placeringarna från en kommun till några få institutioner tycks ha lett till uppskattade bieffekter. Ett närmare samarbete betyder dock inte detsamma som bättre vård eller bättre situation för klienten.

Gemensamma bedömningsinstrument och behandlingsmetoder var ytterligare en viktig del av projektet. I rapporten har jag gjort en analys av inriktningen på och innehållet i metoderna. De sk evidensbaserade metoderna som har en kognitiv beteendeterapeutisk (KBT) inriktning bygger till stor del på att lägga över ansvaret för förändring på klienterna. I analysen argumenterar jag för att de går ut på att få klienten att se sina problem på samma sätt som behandlaren utan att direkt tala om vilka dessa problem är och att få dem att ta ansvar för lösningen av dem. Även lösningen har behandlaren en bild av, men vill att klienten själv ska komma fram till att just den lösningen är den bästa. Jag menar att metoden kan anses manipulativ, vilket i och för sig inte behöver ses som negativt. Samtidigt beskrivs klienten som mekaniskt styrd av sin omgivning och i viss mån själv manipulativ. Metoderna kan ses i ljuset av en generell trend i samhället att individualisera sociala problem. Jag menar också att behandlingen och det praktiska arbetet i VKP till stora delar kan förstås som planering inför behandling. Det handlar om planering för institutionstiden, planering för tiden efter institutionen, planering för tiden efter VKP och ibland även planering inför planering. Samtidigt var planering i sig inte någon målsättning för projektet.

Vad gäller implementeringen av metoderna har den fungerat mindre bra när det gäller CRA som var den centrala metoden. Det tog lång tid att utbilda personal och att få både institutioner och kommuner att arbeta med CRA. Först mot slutet av projekttiden började det fungera som det var tänkt, åtminstone på institutionerna. Däremot hade CRA inte spridits till arbetet med andra klienter än VKP-klienter på institutionerna. ASI, MAPS och MI var

lättare att implementera – delvis för att dessa är mer avgränsade och lättare att omfatta, men framförallt för att de redan användes, var implementerade, på flera ställen. MAPS tycks dock inte användas i någon större omfattning förutom på Rällsögården som använde metoden sedan tidigare. Generellt är metoderna uppskattade, men även när det gäller popularitet är en del praktiker tveksamma till CRA. Kommunerna uttrycker tacksamhet över de utbildningar de erbjudits, men i några fall märks också en måttnad vad gäller utbildningar. Detsamma gäller institutionerna, som ibland haft svårt att avvara personal för utbildning och handledning. Både inom kommunerna och SiS förekommer uttalanden som tyder på att metoderna inneburit ett lyft för kompetens, självförtroende, status och andras förtroende för dem. Den satsning som Socialstyrelsen gjort på "evidensbaserade metoder" tycks ha slagit igenom åtminstone inom SiS ledning och socialtjänstens ledning, i synnerhet i Stockholm.

Det förekommer en del variationer mellan kommunerna i projektet avseende deras användning av LVM och syn på när, hur och för vilka tvångsvården är lämplig. Medan Stockholmsstadsdelarna tycks restriktiva i sin tolkning av LVM, vidtar Örebro och Uppsala tvångsätgärder i relativt stor utsträckning. Eskilstuna har ökat sin användning av tvångsvård. Generellt kan sägas att alla ändå ser tvångets nödvändighet i vissa fall, men att skillnaden beror på hur långtgående framtidsperspektiv avseende klientens utveckling de har och hur de tolkar klientens chanser att rehabiliteras med och utan tvångsvård. Men andra aspekter framträder också som viktiga, exempelvis ekonomin i kommunen och allmän inställning till tvång. Inställningen till tvång tycks också kopplad till inställning i andra frågor som skadelindring. Aktörerna är också samstämmiga i att de skulle vilja satsa mest på ungdomarna, även avseende tvångsvård, och sätta in lågröskelboenden för de äldre med svåra problem. Inställningen stämmer inte helt med socialdepartementets vilja att se tvångsvård som en lösning för dem med störst problem. Inget tyder på att VKP skulle ha lett till en ökad användning av LVM, men möjligen ett ökat fokus på målgruppen. Exemplet Katarina Sofia, som minskat sin användning tyder snarare på att exempelvis ekonomi och tillgång till annan vård spelar en större roll. Samtidigt har SiS vidgat sitt arbetsfält något med en ökad inblandning i eftervården och genom samordnarnas placering i kommunerna.

Vad gäller eftervården kan sägas att planeringen inför denna tycks ha intensifierats, vilket kan betyda en bättre eftervård, men också kan leda till en större besvikelse (se Storbjörks kapitel) om planeringen inte åtföljs av bra vård och förbättrad situation för klienten. Generellt kan sägas att alla aktörer ser eftervården som central, men att den, precis som planering, samordnarfunktion, behandling och samarbete är svårdefinierbara. Aktörerna tycks mena att VKP lett till en ökad fokusering på eftervård. Samtidigt är kommunerna fortfarande bundna till sina ramavtal och existerande behandling. Dock tycks

projektet även uppmärksammat behovet av öppenvård, vilken också utvecklats i kommunerna under projekttiden.

Till projektet knöts vidare ett brukarråd bestående av olika intresseorganisationer. För det första tycks begreppet "brukare" malplacerat när det gäller tvångsvårdade individer. Det är vidare tveksamt om brukarrådet haft något inflytande i projektet och i den mån det haft det har det skett mer indirekt genom att de väckt vissa tankar som på längre sikt fått betydelse. Men oavsett om brukarrådet haft någon betydelse kan ett brukarperspektiv och huruvida brukarna haft någon röst ifrågasättas eftersom inga aktiva brukare av tvångsvård ingår i rådet och rådets kontakt med aktiva brukare varit ytterst begränsad. Det finns också en risk att brukarråd av detta slag bidrar till att legitimera obekväma beslut från SiS sida.

Slutligen har jag tagit upp frågan om huruvida projektet fått några "ringar på vattnet" – effekter för arbetet med alkohol- och drogproblem generellt. Det var svårt för respondenterna att avgöra vad just VKP lett till för förändringar, men projektet kan ha varit en av flera bidragande faktorer till startande av öppenvårdsverksamhet i Uppsala, en ansökan om medel för en samordnare av vård för dem som har allvarliga alkohol- och narkotikaproblem på Södermalm, ett initiativ till samarbete mellan psykiatrin, SiS och Enheten för hemlösa samt utvecklingen av en samordningsfunktion i Eskilstuna. VKP är ett av flera initiativ som lett till en utveckling av metodarbetet i kommunerna och på institutionerna, vilket sannolikt kommer att fortsätta.

VKP ur ett vidare perspektiv

VKP har haft en mängd målsättningar, varav vissa är mer uttalade än andra och vissa är lättare att studera än andra. Institutionerna och SiS generellt har ett intresse av att kommunerna tar ett större ansvar och använder sig av LVM, kommunerna har ett intresse av att institutionerna erbjuder en bra vård när de fattat beslut om LVM. Staten har ett intresse av att kommunerna använder LVM-instrumentet som det är tänkt att användas och ger indikationer om att en frikostig tolkning av lagen är att föredra. Samtidigt vill de påverka kommunerna att satsa på målgruppen "tunga missbrukare" generellt. Behandlare vill påverka sina klienter att förändra sitt beteende och klienterna i sin tur vill ha en bra social situation – ibland genom hjälp från olika vårdgivare och ibland genom så lite inblandning från myndigheter som möjligt. Jag föreslog inledningsvis att ett uttryck som skulle kunna appliceras på samtliga dessa önskemål och hur de ska uppnås är en slags manipulation med syfte att få andra att ta ansvar. Behovet av manipulationen bygger på ett missnöje med och en misstänksamhet om att andra inte tar sitt ansvar samt en misstanke om att de inte kommer att göra som vi vill om vi bara ber dem. Istället måste de styras indirekt. Vi måste "lura" in dem på "rätt" spår.

Manipulation ses ofta som något negativt. Manipulation skiljer mellan direkta och indirekta medel för att uppnå ett syfte där det indirekta är mer

manipulativt och lömskt. Men, går det egentligen att skilja på direkta och indirekta medel/handlingar/uttryck? Språket, vilket är det huvudsakliga medlet i det här fallet, kan uppfattas som konstant indirekt. Vi säger något med ord och vi vill att den andre ska uppfatta det vi säger på ett särskilt sätt. Vi vill att mottagaren ska göra något, förstå något, svara något. Vi använder språket på det sätt som vi tror ska ge den önskade reaktionen. Allt språk kan på så vis förstås som en manipulation – både den konfrontativas och den kognitivbeteendeterapeutiskas språk, både statens, myndighetens och kommunernas språk, både klientens och terapeutens språk. Även forskaren som försöker få den som intervjuas att tala om det den anser viktigt, eller för den delen denna rapport som bl a vill få läsaren att se komplexiteten i det projekt som studerats manipulerar i någon mån med hjälp av språket. Manipulationen kan här förstås som en slags förhandling om betydelser och mening – kanske kan den även ses som en slags maktkamp som är ständigt pågående i interaktioner.

Inställningen till projektet är positiv från de allra flesta aktörer. De sympatiserar med projektets syften. Ett sätt att se det på är, som nämnts, att aktörerna sympatiserar med projektets nyckelord som alla bär på positiva laddningar. Det handlar om ord som eftervård, samarbete, struktur, evidensbaserade metoder, kedjor, brukarperspektiv m m. Orden är flexibla på så sätt att de går att fylla med den mening som individen själv vill och det gör att aktörerna i projektet fyller dem med positiv betydelse. Det är också avsikten hos dem som utformat projektet. Det är då heller inte förvånande att aktörerna är positivt inställda till projektet. Begreppens flexibilitet gör dock att det också blir möjligt att genom dem dölja mer negativa konsekvenser. Ökat samarbete och ökad struktur måste ju vara något bra, eller hur? Men att ökat samarbete och struktur inte är någon garanti för vare sig en human behandling eller en behandling som leder till positiv förändring, ja egentligen inte för att behandling ska ske överhuvudtaget, kan också förbli dolt. Mer dolt än tidigare, eftersom vi med de positiva begreppen vaggas in i en trygghet om att det sker positiva saker. Ett förbättrat vårdssystem, menar jag, behöver ständigt värdera sina begrepp, deras innehåll och konsekvenserna av att använda dem. Jag har i det här kapitlet visat hur denna typ av begrepp är mångtydiga och kan ha positiva såväl som negativa konsekvenser. Det förändrar förstås inte aktörernas positiva upplevelser, vilka också är viktigt att ta fasta på.

Synen på tvångsvården och när den ska användas har aktualiserats i projektet. Dels förefaller kommunerna använda LVM på olika sätt och dels skiljer sig resonemangen åt. Det har blivit tydligare och tydligare för mig att skillnaden kan förstås utifrån perspektiv på vad vård ska syfta till. Anser man att alla ska bli helnyktra så är man oftast positiv till LVM för även om tvångsvården inte lyckas med att uppnå helnykterhet är det åtminstone målsättningen och LVM ger också en signal om att ingen ska lämnas utanför/efter. Alla ska med. Det anses också vara en kränkning att låta någon gå ner sig. Men menar man att

en del inte klarar av att bli/göras nyktra kan LVM kanske göra mer skada än nytta eftersom tvångsvård inte kan kombineras med skadelindrande åtgärder som substitutionsbehandling eller lågtröskelboenden. En viktig aspekt som kan läggas till denna är att ekonomi tycks inverka på vilken ideologi man sympatiserar med.

Ytterligare en aspekt av projektet som är viktig att diskutera är KBT-metoderna i kombination med tvångsvård och vad de signalerar om individ och samhälle. I avsnittet om metoderna tar jag upp att dessa delvis kan sägas ha motstridiga utgångspunkter när det gäller individens ansvar och förmåga, men även om så är fallet kan de ändå i praktiken stå närmare varandra än det förefaller vid en första anblick. CRA och MI lägger stort ansvar för förändring på individen och terapeuten ska på ett indirekt sätt få individen att ta detta ansvar. Idén bakom tvångsvården har snarast varit att individen inte klarar att ta ansvar och att staten därför måste ta över ansvaret tillfälligt. Men, som jag visar med ett exempel i rapporten använder sig tvångsvården av liknande manipulation som KBT och har nog så gjort en längre tid. "Positiva" beteenden förstärks genom belöningar som förflyttning till öppnare avdelning och snabbare §27-placering, medan "negativa" beteenden motarbetas genom negativa konsekvenser för klienten. Klienten lär sig genom egna erfarenheter och genom att betrakta hur andra blir behandlade vad som är önskvärda och oacceptabla beteenden. Till stor del kan behandling generellt sägas handla om samma sak och jag har tidigare föreslagit att all behandling ofrånkomligt innehåller en moralisk dimension eftersom den definierar sociala problem som individproblem (se Introduktionen i Palm, 2006b). Vilka beteenden som ska förändras varierar från en tid till en annan, och från en terapeut till en annan. Även i behandlingen är godtyckligheten alltså påtaglig och behandlarnas normer och värderingar avgörande eftersom terapeutens perspektiv alltid är "sannare" än klientens och deras arbete utförs enligt givna kategoriseringar (av klienterna) och lösningar (Järvinen & Mik-Meyer, 2003). Enligt Järvinen och Mik-Meyer innebär de givna kategoriseringarna en paradox i förhållande till det alltmer populära brukarperspektivet, som också nyttjas i VKP, vilket har ett serviceideal där klientens (brukarens) önskemål ska ges stort utrymme.

Att KBT-metoderna blivit populära och används i föreliggande projekt kan förklaras med att de är tydligare än andra metoder avseende individens ansvar, vilket också minskar samhällets ansvar för individerna. I en marknadsinriktad tid ska staten och "samhället" så lite som möjligt lägga sig i medborgarnas liv, vilka ska fatta sina egna beslut som konsumenter. Som vi tar upp i introduktionen till hela rapporten är den autonoma individen central i vår samtid – autonomi är ett normativt ideal (Asmussen, 2003). Individen ska reglera/kontrollera/styra sig själv. Hur vi ska bete oss och var gränserna för det normala går kommuniceras till oss på nya sätt och inte genom att staten eller beslutsfattare talar om för oss hur vi ska agera. Om vi eller andra går över gränsen för det normala för individer i vår egen kategori kommer

övertrampet att tydliggöras med ogillande och obekväma konsekvenser. En sådan kan vara behandling som vi inte själva väljer och där vi ska lära oss att bli normala, disciplinerade medborgare med självkontroll. KBT är ett modernare sätt att utöva makt och ojämlikhet genom självreglering (se referens till Cruishank i Asmussen, 2003). Maktutövningen är något som det ogärna talas om – det anses i det närmaste oetiskt att utöva makt över andra eftersom autonomiidealet är så förankrat i vårt tänkande (Davies, 2000). Individen måste i den normaliserande praktik som behandling och tvångsvård kan anses vara (se även Mattsson, 2005) underkasta sig tvånget av sig själv (Lenz Taguchi, 2004).

X: Alltså det är ju manipulativt i betydelsen 'direktivt'. Vi har ju så att säga en riktning som ligger bakom det hela i åt vilket håll vi vill arbeta. Vi vill arbeta för en ökad nykterhet, en ökad drogfrihet och så vidare, och det är man nånstans bakom [ohörbart] relativt överens om. Vi...vi försöker också att tydliggöra skillnader mellan var folk är och vart de skulle vilja vara på ett sätt som är tillräcklig...så att det skaver, det är som en sten i skon va, det ska skava tillräckligt för att man ska vilja stanna upp och ta ur stenen. Och vi försöker då att samtidigt då, när det blir tillräckligt obehagligt så man måste välja, så jobbar vi då hårt på att...så att säga få en tilltro till att det är möjligt att välja det goda.

JP: Ja, jag förstår.

X: Så i det avseendet är det manipulativt. Men det är ju inte manipulativt, i alla fall inte MI, i betydelsen av att vi stoppar in nånting särskilt till klienterna, utan det ska ju vara deras egna relevanta skäl som man bygger det hela på. CRA däremot är väl då i såna fall mera styrande, att där...där är det liksom okej att lägga till ändå.

JP: Lägga till? Hur menar du då?

X: Ja lägga till förhoppningar, att visa på ytterligare möjligheter som de inte har tänkt på och så här. (Utbildare/handledare i CRA 060515)

Sammanfattning

Implementeringsstudien hade till uppgift att ge olika bilder av VKP och dess implementering utifrån de olika aktörernas (exklusive klienternas) perspektiv. Den bakomliggande konstruktivistiska teorin, översättningsperspektivet, betraktar tolkningen och förståelsen av ett fenomen, i detta fall VKP, som en oavslutad process utan *en* sann betydelse. Intervjuer har genomförts med styrgrupp, arbetsgrupp, SiS grupp, samordnare, socialarbetare, institutionspersonal, projektledare m fl. Därutöver har fältarbete genomförts på så vis att samordnarna följts i deras arbete under en veckas tid. Vidare deltog forskaren vid ett antal möten i de olika grupper som hör

till projektet. Rapporten visar på olika aktörers förståelser av de områden som varit centrala i projektet.

Analysen pekar på komplexiteten och variationen i både synen på vad projektet går ut på och på hur det genomförts. När det gäller syftena nämner aktörerna både de uttalade syftena (bättre samarbete, höja kvaliteten på vården o s v) och mindre uttalade syften som att höja kommunernas förtroende för tvångsvården, sätta fokus på gruppen "de allra tyngsta missbrukarna", få kommunerna att använda tvångsvården i större utsträckning, sätta fokus på eftervården o s v. Flera aktörer beskriver planeringen och förankringen liksom ledningen av projektet som otillräckliga. Styrgrupp och arbetsgrupp beskrivs av deltagarna främst ha handlat om att förmedla information från SiS. Samordnarfunktionen har varit den mest centrala ingrediensen i projektet, men är en roll som beskrivs på många olika (ibland motsägelsefulla) sätt. Samordnarna är både kontrollanter av andras arbete och en person som står klienten nära. Deras arbete konkurrerar delvis med både socialsekreterarens och institutionernas uppgifter men de uppfattas mest positivt då de utför uppgifter som annars kanske inte hade blivit utförda. Många har dock även kritiska synpunkter på samordnarna. Samordnarna har även varit centrala för ett ökat samarbete mellan institutioner och socialtjänster. I övrigt har gemensamma utbildningar, institutionernas ökade inblandning i eftervården, socialtjänstens deltagande i överenskommelser, arbetsgrupp/styrgrupp och framför allt det faktum att kommunerna nästan enbart placerat klienterna på de tre VKP-institutionerna lett till fler möten mellan socialtjänst och institutioner. I några fall har dock samordnarnas övertagande av socialtjänstens uppgifter lett till minskad kontakt mellan institution och socialsekreterare.

Analysen av metoderna visar att dessa kan uppfattas som manipulativa i den mening att de syftar till att få klienten att ändra sig i viss riktning, men går ut på att få klienten att själv se på problemet på samma sätt som behandlaren och få dem att ta ansvar för (den "rätta") lösningen av dem. Metoderna kan även uppfattas mer som planering än behandling. Studien visar att implementeringen av en del metoder var långsam. CRA fungerade först mot slutet av projektet och MAPS användes ytterst begränsat. Däremot var många tacksamma över de utbildningar som erbjudits inom projektet.

Ingenting tyder på att VKP skulle ha lett till en ökad användning av LVM, men projektet kan ha lett till en ökad fokusering på målgruppen. Även eftervård tycks ha diskuterats och planerats i större utsträckning, vilket dock inte är detsamma som att denna förbättrats. Rapporten diskuterar även brukarrådet och brukarintressen. Det är tveksamt om projektet kan sägas belysa brukarnas perspektiv. De som ingår i rådet representerar intresseorganisationer och är själva inga brukare av tvångsvård. Enbart två personer har varit det. Det är heller inte lätt att se något område där brukarrådet skulle ha haft något inflytande. Projektet tycks ha givit en del "ringar på vattnet" i kommunerna. VKP har inspirerat flera att starta verksamheter som har en liknande inriktning.

Överlag kan sägas att inställningen till projektet varit positiv hos de flesta aktörer. Projektet bär på många positivt laddade begrepp som eftervård, samarbete, struktur, evidensbaserade metoder och brukarperspektiv. Men att ökat samarbete och struktur inte är någon garanti för vare sig en human behandling eller en behandling som leder till positiv förändring, ja egentligen inte för att behandling ska ske överhuvudtaget, kan också förbli dolt. Mer dolt än tidigare, eftersom vi med de positiva begreppen vaggas in i en trygghet om att det sker positiva saker. Begreppen bör därför ständigt omvärderas och diskuteras. Deras eventuella konsekvenser bör övervägas lika väl som de positiva.

VKP-projektet – Några avslutande reflektioner

Lars Oscarsson & Kerstin Stenius

Som framgått av de tre delstudierna av VKP-projektet så är det svårt att dra några enkla slutsatser av projektets resultat; bilden skiftar beroende på vem som ger den, tidpunkten i projektet, och vilka delar eller aspekter av projektet som fokuseras. Samtidigt visar delstudierna att såväl positiva som negativa erfarenheter från projektet kan förstås i ljuset av dels tidigare forskning som rör implementering av nya (behandlings-)metoder, dels samhällets ambitioner att på olika sätt påverka och förändra individer och grupper i riktning mot vad som uppfattas som önskvärt, "normalt". Resultaten bör därför, om de beaktas, kunna bidra till kunskapsutvecklingen, till att förhindra att framtida liknande projekt i mindre utsträckning "gör om samma misstag", och också till att dra ett strå till stacken när det gäller utvecklingen av missbrukarvården generellt.

Vad vi vill göra i denna avslutande text är att, med utgångspunkt i resultaten från de tre delstudierna, sätta objektet för VKP-projektet och missbrukarvården som helhet i fokus, d v s klienten. Genom att utgå ifrån klienten vill vi peka på några paradoxer och tillkortakommanden i projektet och lyfta fram förklaringsfaktorer som dels befinner sig på en samhällelig nivå och därmed utanför huvudmännens omedelbara kontroll, dels är kopplade till missbrukarvården som praktik- och professionsfält, och därmed något som faller på olika huvudmäns ansvar. Samtidigt berör dessa faktorer dilemman och brister inte bara i VKP-projektet, utan också i annat offentligt förändrings- och metodutvecklingsarbete inom missbrukarvården. Genom att i rubriken till avsnittet använda begreppet "reflektioner" vill vi markera att det som framförs här står något friare från den empiri som ligger till grund för slutsatserna i de tre delstudierna. Men också här tror vi att det finns utrymme för lärdomar som kan spara både skattemedel och leda till ett mer effektivt utvecklingsarbete inom bl a missbrukarvården.

Två paradoxer

Vi lever i ett kontraktssamhälle. Det är inte bara marknaden som organiseras i enlighet med ingångna avtal mellan förment jämbördiga parter. Kontraktsprincipen är också starkt framträdande inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Tidsbundna avtal mellan säljare och köpare av offentligt finansierade tjänster görs efter upphandling och med konkurrensprincipen som ledstjärna. Som Pekka Sulkunen (2007) konstaterar får detta många viktiga konsekvenser för vår uppfattning och erfarenhet av samhället eller "staten", två begrepp som fram till 1980-talets slut, särskilt i Sverige, varit närmast synonyma.

Inom den svenska vården av tunga missbrukare och i Vårdkedjeprojektet har kontraktssamhället lett till två paradoxer. Den första handlar om mot-

sättningen mellan samordning och kontinuitet och projektets (bristande) förankring och korta livslängd.

I vad Sulkunen kallar "projektsamhället" styrs alltmer av samhällets resurser till kortsiktiga projekt. Förvaltningen blir i ökande grad fragmenterad. Varje resultatenheter utvärderas för sig. De tidigare hierarkiska strukturerna ersätts av flexibla nätverk, grupperade kring resultatansvariga kärnor och allt fler tjänster avknoppas och "outsourcas". Ansvarsfördelning, samordning och integrering blir därmed ett problem i ny potens. I förlängningen blir också den sociala integreringen ett stort problem.

Vårdkedjeprojektet upprättades just för att lösa ett av fragmenteringens problem, d v s kontinuiteten och integreringen i vården av de tunga missbrukarna. Behovet av samordning av vården för tunga missbrukare dokumenteras av samtliga parter i denna rapport, och samordnarna, nyckelpersonerna i projektet, uppfattades i huvudsak positivt av klienterna. Men vårdkedjeprojektet var ju tidsbundet, både som reform av vården och för den enskilde klienten. Det var ingen slump att det blev svårt att fastslå när projektiden var slut för den enskilde. Det fanns ett naturligt motstånd, i själva projektiden, och ibland hos samordnarna, ibland hos klienterna, mot att bryta den viktiga kontinuiteten trots att avtalet med klienten satte en tidsgräns. Ovissheten om vad som skulle hända efter var problematisk för många, men samordningen hade ett slut, om inte förr så senast när vårdkedjeprojektet upphörde. Detta var den första paradoxen – mellan behovet av kontinuitet och samordning, som var en av grunderna för projektet, och själva projektet som tog slut.

Den andra paradoxen handlar om det oförenliga i samhällets krav på medborgarna att vara autonoma och det faktum att tvångsintagna missbrukare ju definierats som icke-autonoma. Sulkunen påpekar att det nya kontraktssamhället bygger på en tanke, eller egentligen illusion, om att kontrakten sluts mellan autonoma och jämbördiga parter. Dessa avtalskompetenta parter är inte bara organisationer, såsom till exempel serviceproducenter å ena sidan och kommuner eller landsting å den andra. Till avtalsparterna hör också individuella medborgare, brukarna av dessa tjänster. Föräldrar till skolelever undertecknar utbildningsavtal med skolan, grannskapsmöten får yttra sig och "godkänna" stadsplaneförändringar, stat och kommuner experimenterar med "hearings" – och socialtjänstens klienter sluter avtal om sin vård. Det är bara den autonoma, kontraktsförmögna medborgaren som kan bli en verklig del av samhället.

Tvångsvårdens innehåll har alltid i viss bemärkelse speglat de centrala sociala förväntningarna på den goda medborgaren. Under flera decennier var det den flitigt arbetande och självförsörjande mannen. När den fulla samsättningen inte längre tycktes möjlig efterträdde det av idealet om den självgående, socialt ansvarstagande medborgaren med personlig utveckling som mål (se Edman 2004). Idag är idealet den autonoma individen. Och kontraktssamhällets logik avspeglas nästan övertydligt i tvångsvårdens begreppsapparat. "Kontrakt för livet" är en beteckning som ligger i tiden. I

Vårdkedjeprojektet hade "Vårdöverenskommelsen" en central roll. Många klienter lockades också till en början till projektet av utrymmet för frivillighet.

Frivillighet och autonomi är lätt för alla att bejaka. Men det har en maktdimension som komplicerar bilden. Som Sulkunen påpekar finns det en förförisk illusion i kontraktstänkandet. "Kontraktets idé är så djupt inbäddad i dagens kultur att när sociala problem uppstår betraktas de som resultat av oförmåga eller ovillighet att anta rollen som en ansvarig motpart. Rättvisa kräver ömsesidighet, inte beroende, och de svaga skall undervisas för att förstå det" (Sulkunen 2007, 328, förf. övers.).

Problemet är att vi inte alla är autonoma och ingen alltid är autonom. Och vi är framförallt inte jämbördiga. Tvångsintagna befinner sig per definition inte på jämbördig fot med personalen på institutionen. De är också ofta extremt ensamma människor. För en del är relationerna till myndighetspersonerna de enda med någon slags kontinuitet och emotionellt innehåll. I Vårdkedjeprojektet kan man se förhoppningen att klienterna kan lära sig att bli aktiva och autonoma – denna nya medborgerliga dygd framför andra – och är då inte CRA en mycket lämplig metod? Men frågan om hur det egentligen skall gå till om man befinner sig i ett socialt vakuum och en maktlös position är obesvarad. Autonomi som ledstjärna kommer antingen, om projektet får en fortsättning, att undergräva tvångsvården eller yttra sig som terapeutiska övningar som inte har någon relevans för livet utanför institutionen. Motsättningen mellan Vårdkedjeprojektets betoning av frivillighet och autonomi och CRA-metodens framhävande av individens förmåga att vara aktiv – autonom – i förhållande till en social omgivning å ena sidan, och å andra sidan den situation som lett till tvångsvården och tvångsvården i sig, är den andra paradoxen.

Klienten – fältet – professionen

En ytterligare fråga som rör klientens ställning och som också aktualiseras i Vårdkedjeprojektet är kopplad till modern psykoterapiforskning och diskussionen kring sk evidensbaserad medicin eller praktik (EBM/EBP). Om vi börjar med det senare utgår EBM/P ifrån tre kunskaps- eller informationskällor: forskningen, praktiken och klienten (se t ex Sackett m fl 1997). Samtidigt kan vi se en tydlig tendens hos myndigheter och vissa professionella att å ena sidan bejaka en utveckling av bl a en mer evidensbaserad missbrukarvård och att samtidigt glömma bort eller bortse ifrån klientperspektivet.²¹

²¹ Två exempel från svensk missbrukarvård är dels SBU:s kunskapsmanställning över behandling av alkohol- och narkotikamissbrukare (SBU 2001), dels Socialstyrelsens riktlinjer för behandling av alkohol- och narkotikamissbruk (Socialstyrelsen 2007). I båda dessa centrala texter som speglar myndigheternas ambitioner att utveckla en evidensbaserad missbrukarvård saknas ett klientperspektiv. Speciellt tydligt blir detta i de nationella riktlinjerna där Socialstyrelsen å ena sidan pekar på att en evidensbaserad praktik inbegriper såväl forskningen som praktiken och klienten som kunskapskälla, och sedan bygger riktlinjerna på enbart forskningen (och i viss mån medicinsk praktik).

Ett koncentrat av denna kluvenhet att å ena sidan i retoriken bejaka en evidensbaserad praktik med dess tre kunskapskällor, och å den andra i praktiken bortse ifrån klientperspektivet återfinns hos den klient som kommenterar sin valfrihet och delaktighet i att utveckla en egen, individuell behandlingsplan inom Vårdkedjeprojektet med att han "fick välja mellan KBT och KBT".

Om vi kopplar detta till senare decenniers psykoterapiforskning blir avsaknaden av ett klientperspektiv och frånvaron av klienten som en aktiv kunskapsförmedlare än mer anmärkningsvärd. Vad som blir allt tydligare inom psykoterapiforskningen är att vilken metod som används i en viss behandling inte är huvudförklaringen till ett positivt utfall. Istället har man inom forskar- och praktikretsar börjat skilja på specifika respektive generella faktorer som påverkar behandlingsresultatet (Hubble m fl 1999). Med specifika faktorer menas just den behandlingsmetod eller teknik som används, t ex kognitiv beteendeterapi (KBT), motiverande samtal (MI) eller Community Reinforcement Approach (CRA) för att ta några inom missbrukarvården och VKP-projektet. Och i begreppet generella faktorer brukar man inkludera dels den terapeutiska alliansen eller arbetsalliansen mellan behandlare och klient, dels utomterapeutiska faktorer kopplade till klientens person och livsomständigheter i övrigt, såsom personlighet, familje-, yrkesliv och fritid. Bland dessa faktorer har den terapeutiska alliansen och utomterapeutiska förhållanden var och en visat sig ha större betydelse för ett positivt behandlingsresultat än den specifika behandlingsmetod man använt. Den senare har istället ungefär lika stor betydelse som placeboeffekten av behandlingen.

Hur kan vi förstå denna tendens att å ena sidan bejaka en evidensbaserad praktik och samtidigt bortse från resultaten från psykoterapiforskningen och klienten som informations- och kunskapspartner? En delförklaring kan vara att vissa förespråkare för en evidensbaserad praktik i sin iver att såsom entreprenörer driva detta verksamhets- och professionsprojekt söker genvägar genom att marknadsföra en förenklad version av evidensbaserad medicin – en version där EBM/P är lika med metoder som visat sig ge effekt i randomiserade kontrollerade studier (RCT-studier) och där den professionella vardagspraktiken och klienten är frånvarande (Oscarsson 2006). Det kan också vara så att man som huvudman eller professionell inom vården fokuserar på de faktorer som man själv kontrollerar i en tänkt ideal vårdkedja. Som kommunal eller landstingskommunal huvudman är det lättare att låta sin personal utbilda sig i en eller ett par avgränsade individinriktade (specifika) behandlingsmetoder, t ex MI eller KBT, än att involvera sig i att ändra på förutsättningarna för klientens utomterapeutiska livsomständigheter (familj, bostad, arbete, fritid, etc).

En annan delförklaring på mer samhällelig nivå kan vara att vi i det post-industriella samhällets betoning av det individuella projektet och individens eget ansvar för sina handlingar vänder oss till den profession som har den starkaste legitimiteten att inom ramen för en behandlingskontext korrigera de

individer som inte själva klarar av denna uppgift (jfr Giddens 1994; Sulkunen 1997). Och i vårt samhälle är den professionen medicinen med sitt naturvetenskapliga paradigm och med experimentet och RCT-studien som sina högst rankade forskningsverktyg.

En tredje delförklaring är kopplad till missbrukarvården som professionsfält. Mellan EBM/P:s entreprenörer och ett samhälle som i allt högre utsträckning sätter sin tillit till läkarvetenskapen saknar den socialtjänst- och SiS-baserade missbrukarvården en egen profession som med kritisk blick kan granska såväl entreprenörernas som samhällets budskap. Socionomerna/socialsekreterarna inom missbrukarvården skulle kunna vara en sådan grupp; men de saknar såväl tillräcklig vetenskaplig skolning för att kunna ifrågasätta entreprenörernas tolkning av EBM/P och den analytiska räckvidden hos RCT-studier, som den samhälleliga legitimiteten att som alternativ eller parallell profession till läkarna föra fältets talan gentemot politiker, andra beslutsfattare och allmänheten.

En styrka med denna rapport är att klienten getts en roll som utvärderare.

Några kritiska lärdomar

Avslutningsvis – tillbaka till VKP-projektet och några lärdomar vi eventuellt kan dra för framtiden i ljuset av reflektionerna ovan:

En lärdom, som återför oss till diskussionen om projektsamhället, är att alltför många reformer idag sker med en extremt kort tid mellan politiskt ambitiös idé och ansenliga penninganslag. Myndigheter och andra som skall genomföra projekten har inte någon möjlighet att planera verksamheten eller förbereda en reell utvärdering – och ofta avslutas eller permanentas projekten innan dessa utvärderingar gjorts. På sikt underminerar denna praktik såväl politiken som utvärderingsverksamhetens (forskningens) legitimitet.

En annan är att klienterna måste göras till reella partners i behandlingsprocessen. De måste ses som viktiga och reliabla informations- och kunskapskällor och som aktörer med en potential att vara genuint delaktiga i och ansvariga för sin egen utveckling. Det innebär inte att de ska ses som autonoma och jämbördiga subjekt i t ex en pågående LVM-vård, men att de ska ses som värdiga subjekt med möjlighet att i en framtid uppnå en sådan position – något som ställer såväl professionella som allmänna etiska aspekter i centrum under behandlingsprocessen.

En tredje lärdom är att offentliga verksamheter inte ska involvera sig i projekt de inte har förutsättningar att genomföra. En ensidig fokusering på en interventions specifika metoder strider mot forskningsläget och leder troligen inte till ett bättre liv för klienterna hur "evidensbaserade" metoderna än är; speciellt inte om man bara undantagsvis lyckas genomföra de specifika, evidensbaserade metoderna för att det från början inte finns organisatoriska och professionella förutsättningar att göra det (vilket i VKP-projektet var fallet

med såväl CRA som MI och ASI). Också här finns det en etisk aspekt visavi de klienter som med vissa förhoppningar valde att gå in i projektet.

En fjärde och sista lärdom är att vi måste få en profession inom den socialtjänst- och SiS-baserade missbrukarvården som med en samhälls- och beteendevetenskaplig grund av beslutsfattare och allmänhet uppfattas som legitim att föra fältets talan. Detta eftersom mycket talar för att missbruk bara till viss del är ett samhälls- och individproblem som kan åtgärdas inom ramen för en medicinsk profession och praktik (se t ex Socialstyrelsens riktlinjer). Här vilar ett tungt ansvar på de lärosäten som utbildar t ex socionomer och behandlingsassistenter.

Referenser

- Abma, T. A. (1997) Sharing power, facing ambiguity. *Advances in Program Evaluation*. Vol. 3: 105–119.
- Alasuutari, P. (1996) Theorizing in the qualitative research: A cultural studies perspective. *Qualitative Inquiry* 2:371–385.
- Alexandersson, K. (2006) *Vilja, Kunna, Förstå – om implementeringen av av systematisk dokumentation för verksamhetsutveckling i socialtjänsten*. Örebro Studies in Social Work 7: Örebro universitet.
- Altman, D. (1991) *Practical statistics for medical research*. London: Chapman & Hall.
- Anderberg, M. & Dahlberg, M. (2007) *Som man frågar får man svar – en studie av DOK-intervjuns validitet*. Papper presenterat på Sonad (Socialvetenskapligt nätverk för alkohol- och drogforskning), 22–23 mars 2007, Örebro, Sverige.
- Andréasson, S. (1999) *ASI: en strukturerad intervju metod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem*. Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS). Stockholm: Norstedt.
- Anker, J., Asmussen, V., Kouvonen, P. & Tops, D. (Eds.) (2006) *Drug users and spaces for legitimate action*. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD).
- Asmussen, V. (2003) User participation: possibilities and limitations in Danish social services directed towards drug users. In: Houborg Pedersen, E. & Tigerstedt, C. (red.) *Regulating drugs – Between users, the police and social workers*. NAD publication 43. Helsinki: Nordic Council of Alcohol and Drug Research.
- Azrin, N. H. (1976) Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 14:339–348.
- Azrin, N. H., Sisson, R. W., Meyers, S. B. & Godley, M. (1982) Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 13(2):105–112.
- Babbie, E. R. (1998) *The practice of social research*. 8th ed. Belmont, Calif.: Wadsworth.
- Bergmark, A. (1999) The contextualization of drug treatment – future research perspectives and concepts. *European Addiction Research*, 5, 153–158.
- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (1988) *Drug abuse and treatment : a study of social conditions and contextual strategies*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.

- Bergmark, Å. (1995) *Prioriteringar i socialtjänsten. Rättvisa och ekonomi*. Rapport nr. 73. Stockholm: Institutionen för socialt arbete.
- Björkemarken, M. (1995) *Implementeringsanalys som komplement vid utvärdering – en fråga om perspektiv och förklaring*. Sociologiska institutionen: Göteborgs universitet.
- Björkman, J. (2001) *Vård för samhällets bästa. Debatten om tvångsvård i svensk lagstiftning 1850–1970*. Akademisk avhandling. Stockholm: Carlsson bokförlag.
- Blomqvist, J. & Wallander, L. (2004) *Åt var och en vad hon behöver? En vinjettstudie av socialarbetares bedömningar och val av insatser vid missbruksproblem*. Delrapport 1 från projektet "Vem får vilken missbrukarvård". Stockholm: Socialtjänstförvaltningen, Forsknings- och utvecklingsenheten (FoU).
- Blomqvist, J., Cunningham, J. & Wallander, L. (2007) *Att förbättra sina dryckesvanor – om mönster för förändring och om vad vården betyder. En rapport från projektet "Lösningar på alkoholproblem"*. Stockholm: Socialtjänstförvaltningen, FOU-enheten.
- Brickman, P., Rabinowitz, V. C., Karuza, J. J., Coates, D., Cohn, E. & Kidder, L. (1982) Models of helping and coping. *American Psychologist*, 37: 368–384.
- Dahlberg, M. & Anderberg, M. Görs bedömningar i praktiken lika? En studie av DOK- intervjuens interbedömarreliabilitet. *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift*, kommande.
- Davies, B. (2000) *A body of writing*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Dir. 2002:10*. Översyn av tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.
- Edman, J. (2004) *Torken. Tvångsvården av alkoholmissbrukare I Sverige 1940–1981*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Ekendahl, M. (2004) Omöjlighetens praktik – en studie av socialtjänstens LVM-handläggning. I SOU 2004:3. *Forskningsrapporter. Bilagedel till LVM-utredningens betänkande Tvång och förändring* (s. 167–259). Stockholm: Fritzes.
- Fitzpatrick, J., Sanders, J. & Worthen, B. (2004) *Program evaluation. Alternative approaches and practical guidelines*. 3rd ed. Boston: Pearson, Allyn and Bacon.
- Fondén, C., Skrinjar, M., Leiknes, M. & Olsson, B. (2003) *På vems villkor? Om möten mellan myndigheter och narkotikabrukare*. Stockholm: SoRAD.
- Forsberg, L. (2001) *Motiverande samtal vid behandling av alkoholproblem*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) i samarbete med Svenska föreningen för alkohol- och drogforskning (SAD).
- Gerdner, A. (1998) *Compulsory treatment for alcohol use disorders*. Lund: University of Lund, Department of Clinical Alcohol Research.
- Gerdner, A. (2000) *Utfall och kvalitet inom LVM-vården. Uppföljning av Lunden och Älvgården*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (SiS).
- Gerdner, A. (2004) Utfall av LVM vård – En översikt. I SOU 2004:3. *Tvång och förändring*. Bilagedel (s. 305–416). Stockholm: Fritzes.

- Giddens, A. (1994) *Living in a Post-Traditional Society*. In Beck, U., Giddens, A. & Lash, S. *Reflexive Modernization. Politics, Traditions and Aesthetics in the Modern Social Order*. Polity Press, Cambridge.
- Goffman, E. (1973) *Totala institutioner. Fyra essäer om anstaltens sociala villkor* (Första utgåvan 1961). Stockholm: Rabén & Sjögren.
- Grinnell, R. M. (2001) *Social work research and evaluation. Quantitative & qualitative approaches*. Itasca, Illinois: F. E. Peacock.
- Guba, E. & Lincoln, Y. S. (1989) *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA: SAGE.
- Gusfield, J. R. (1963) *Symbolic Crusade*. Westport, Connecticut: Greenwood.
- Gustafsson, E. (2001) *Missbrukare i rättsstaten – en rättsvetenskaplig studie om lagstiftningen rörande tvångsvård av vuxna missbrukare*. Lund: Lunds Universitet.
- Heffron, F. (1989) *Organization theory & public organizations. The political connection*. New Jersey: Prentice Hall.
- Hill, M. & Hupe, P. L. (2002) *Implementing public policy: Governance in theory and practice*. London: Sage publications.
- Hilte, M. (1990) *Droger och disciplin: en fallstudie av narkomanvård i Malmö*. (Drugs and discipline: a case-study of drug treatment in Malmö). Lund: Arkiv.
- Hilte, M. (2000) Missbrukande kvinnors narrativ om olika behandlingsdiskurser. I E. Johnsson, L. Laanemets & K. Svensson (red). *Narkotikamissbruk. Debatt, behandling och begrepp*, ss. 87–99. Lund: Studentlitteratur.
- Hoff, J. (1993) Medborgerskab, brugerrolle og makt. I J. Andersen, A-D Christensen, K. Langberg, B. Siim & L. Torpe (red.). *Medborgerskab – demokrati og politisk deltagelse* (s. 75–106). Herning: Systeme.
- Holder, H., Kühlnhorn, E., Nordlund, S., Österberg, E., Romelsjö, A., Ugland, T. (1998) *European Integration and Nordic Alcohol Policies: Changes in Alcohol Controls and Consequences in Finland, Norway and Sweden, 1980–1997*. Aldershot: Ashgate.
- Hubble, M. A. & Duncan, B. L. & Miller, S. D. (1999) *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hunt, G. M. & Azrin, N. H. (1973) Community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 11(1):91–104.
- Hunt, G. & Barker, J. (1999) Drug treatment in contemporary anthropology and sociology. *European Addiction Research*, 5, 126–132.
- Hübner, L. (2001) *Narkotika och alkohol i den allmänna opinionen*. Stockholm: Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan.
- Jacobsson, A. (2001) Från makt till vanmakt. I P. Brusen & L-C Hydén. *Ett liv som andra – Livsvillkor för personer med funktionshinder*. Lund: Studentlitteratur.
- Jacobsson, M. (2004) Konflikten som inte blir av – argumentation och kommunikation i LVM-förhandlingar. I SOU 2004:3. *Forskningsrapporter. Bilagedel*

- till LVM-utredningens betänkande *Tvång och förändring* (s. 63–127). Stockholm: Fritzes.
- Jenner, H. & Segraeus V. (1996) *Att utveckla missbrukarvård genom dokumentation: beskrivning av DOK-projektet*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (SiS).
- Jenner, H. & Segraeus, V. (1996) Att utveckla missbrukarvård genom dokumentation. *Nordisk Alkoholtidskrift*, 3, 150–159.
- Johansson, M., Ringholm, B., Bodström, T. & Messing, U. (2003) Kraftsamling mot alkoholmissbruket. Debattartikel. *Göteborgs-Posten*, 31 december 2003.
- Johansson, M. (2004) Anförande av folkhälso- och socialtjänstminister Morgan Johansson vid SiS 10-års jubileum. Münchenbryggeriet, Stockholm, 2 april 2004. <http://www.regeringen.se/sb/d/2933/a/16994>
- Johansson, S. (2004) *Implementeringen av BBIC-projektet i socialtjänstens organisationer. En studie av den lokala organiseringen av projektet Barns behov i centrum*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Johansson, S., Löfström, M. & Ohlsson, Ö. (2000) *Projekt som förändringsstrategi: analys av utvecklingsprojekt inom socialtjänsten*. Stockholm: SNS förlag.
- Johnson, B. (2003) *Policyspridning som översättning: Den politiska översättningen av metadonbehandling och husläkare i Sverige*. Lund: Lunds universitet, Statsvetenskapliga institutionen.
- Johnson, B. (2006) The development of user influence on Swedish drug policy 1965–2004. In: J. Anker et al. (Eds). *Drug users and spaces for legitimate action*, pp. 131–157. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD).
- Johnson, E. & Svensson, K. (2006) Tvånget i tvångsvården. *Sociologisk forskning*, nr 3 2006, 23–38.
- Järvinen, M. (2002) Hjälpens universum – ett maktperspektiv på mötet mellan klient och system. I A. Meeuwisse m fl, *Perspektiv på sociala problem*. Lund: Natur och kultur.
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2003) Inledning: At skabe en klient. I: Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.) *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. Köpenhamn: Hans Reitzels Forlag.
- Kensen, S. & Bogason, P. (1999) Two approaches of narrative policy evaluation compared. Evaluating a Danish neighborhood council twice. *Advances in Program Evaluation* 6: 79–108.
- Kommunerna, landstinget och missbrukarvården i Stockholms län – en gemensam policy för missbrukarvård och specialiserad beroendevård* (1998). Parliamentary inquiry on specialist dependence care and substance abuser care in the county of Stockholm. SCC and SALA-Stockholm.
- Korpi, S. (2001a) Fler unga fast i knarkträsket. Debattartikel. *Dagens Nyheter*, 26 oktober 2001.
- Korpi, S. (2001b) Läget för LVM-klienterna är värre än någonsin. *Socionomen*, nr 5.

- Korpi, S. (2003a) Minskad tvångsvård kostar liv. Debattartikel. *Dagens nyheter*, 17 juni 2003.
- Korpi, S. (2003b) Rusta upp vården i stället för att ropa på hårdare tag. Debattartikel. *Göteborgs-Posten*, 4 oktober 2003.
- Laanemets, L. (2006) Organisation among drug users in Sweden. In: J. Anker et al. (Eds). *Drug users and spaces for legitimate action*, pp. 105–129. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD).
- Larsson, J. & Segraeus, V. (2005). *Från tvång till frihet. Uppföljning av SiS missbrukarvård*. SiS följer upp och utvecklar 1/05. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Lenz Taguchi, H. (2004) *In på bara benet. En introduktion till feministisk poststrukturalism*. (Into the bare bone. An introduction to feminist poststructuralism). Stockholm: HLS Förlag.
- Lindberg, K. (2003) *Organisering mellan organisationer. Vårdkedja som handlingskedja*. GRI-rapport 2003:5. Göteborg: Göteborgs universitet, Handelshögskolan, GRI (http://www.handels.gu.se/epc/archive/00003294/01/2003-5_lindberg.pdf)
- Lindgren, S-Å. (1993) *Den hotfulla njutningen: att etablera drogbruk som samhällsproblem 1890–1970*. Stockholm: Symposium graduale.
- Lipsky, M. (1980) *Street-Level Bureacracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage.
- Lundefors-Oscarsson, H. (2004) *Att implementera ett klient- och åtgärdsinstrument på en LVM-institution. Möjligheter och hinder*. Allmän SiS-rapport 2004:1. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (SiS).
- Magoulias, E. & Forsberg, L. (2005) *Community Reinforcement Approach CRA*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (SiS).
- Marlow, C.R. (2005) *Research methods for generalist social work*. Belmont, USA: Brooks/Cole.
- Mattsson, T. (2005) *I viljan att göra det normala. En kritisk studie av genusperspektivet i missbrukarvården*. (The will to do the normal – a critical study of the gender perspective in drug abuse treatment). Malmö: Égalité.
- Meyers, R. J. & Smith, J. E. (1995) *Clinical guide to alcohol treatment. The community reinforcement approach*. New York: Guilford.
- Miller, W. R. (1996) Motivational interviewing: research, practice and puzzles. *Addictive Behaviors*, 61(6): 835–842.
- MOB (2004a) *Rapport 2994*. Stockholm: Socialdepartementet, Mobilisering mot narkotika.
- MOB (2004b) *Agenda för en effektivare narkotikabekämpning*. Stockholm: Socialdepartementet, Mobilisering mot narkotika.
- Ny vårdkedja för omhändertagandet av Strokepatienter. Sahlgrenska sjukhuset (http://sahlgrenska.se/upload/SU/omrade_molndal/ambulans/Ny%20v%C3%A5rdkedja%20f%C3%B6r%20omh%C3%A4ndertagande%20av%20strokepatienter.pdf)

- Oppenheimer, E., Sheehan, M. & Taylor, C. (1986) Letting the client speak: Drug misusers and the process of help seeking. *British Journal of Addiction*, 83, 635–647.
- Oscarsson, L. (2006) Evidensbaserad praktik – originalet och dess uttolkare. *Socionomen*, 8, 73–75.
- Palm, J. (2006a) The consumer, the weak, the sick, and the innocent – Constructions of "the user" by the Swedish Users Union. In: J. Anker et al. (Eds). *Drug users and spaces for legitimate action*, pp. 159–181. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD).
- Palm, J. (2006b) *Moral Concerns – Treatment Staff and User Perspectives on Alcohol and Drug Problems*. Stockholm: Stockholm University, Department of Criminology & Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD).
- Pressmeddelande* (2002) Regeringen utreder lagen om tvångsvård av vuxna missbrukare. Socialdepartementet, 31 januari 2002.
- Pressmeddelande* (2004a) Översyn av tillämpningen av lagen om vård av missbrukare (LVM). Socialdepartementet, 13 januari 2004. <http://www.regeringen.se/sb/d/1064/a/11024>
- Pressmeddelande* (2004b) Stor satsning på missbrukarvård och förebyggande insatser i årets budgetproposition. Socialdepartementet, 20 september 2004.
- Pressmeddelande* (2004c) Överenskommelse om missbrukarvård utreds av Kerstin Wigsell. Socialdepartementet, 25 november 2004.
- Pressmeddelande* (2007). *Övervikt ska tacklas med sammanhållen vårdkedja – och delat ansvar (fp)*. 2007-01-25. Stockholm: Stockholms läns landsting, folkpartiet (<http://www.sll.se/sll/templates/NormalPage.aspx?id=26987>)
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1986) Toward a comprehensive model of change. In W.R. Miller and N Heather (Eds) *Addictive Behaviors: Processes of Change*, New York: Plenum Press: 3–27.
- Prop. 2004/05:1.
- Regeringsbeslut S2003/10379/ST. Socialdepartementet.
- Riksdagens revisorer (2003) Med tvång och god vilja – vad gör Statens institutionsstyrelse? *Rapport 2002/03:14*. Stockholm: Riksdagens revisorer.
- Rogers, E. M. (1995) *Diffusion of Innovations*. 4th ed. New York: Free Press.
- Room, R. (2004) Controlled drinking as a moral achievement and a social program. In: H. Klingemann, R. Room, H. Rosenberg, S. Schatzmann, L. Sobell & M. Sobell *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel -- Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens* (Controlled drinking as a treatment goal -- an inventory of current knowledge.) Pp. 148–157. Bern: Institut für Sozialplanung und Sozialmanagement, Hochschule für Sozialarbeit.
- <http://sozialearbeit.bfh.ch/content/File/forschung/KTLiteraturbericht%20Endfassung.pdf>
- Ryan, B. & Gross, N. C. (1943) The Diffusion of Hybrid Seed Corn in Two Iowa Communities, *Rural Sociology* 8(1):15–24.

- S 2006:028. *Brukares röster hörs*. Informationsmaterial 15 september 2006. Stockholm: Regeringskansliet, Socialdepartementet.
- Sackett, D. L., Richardson, S., Rosenberg, W. & Haynes, R. B. (1997) *Evidence-based Medicine: How to Practise and Teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Sahlin, I. (1996) *Projektets paradoxer*. Lund: Studentlitteratur.
- Sahlin, I. (2001) Gränskontroll och disciplin – strategier för kontroll och förändring. In H. Ólafsdóttir (Ed.) *Skyldig eller sjuk? Om valet av påföljd för narkotikabruk*, s. 121–140. Helsingfors: Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning (NAD).
- SBU (2001) *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning* (volym I och II). SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering, Stockholm.
- Siegel, S, & Castellan, N.J. (1988) *Non parametric statistics for the behavioural science 2nd ed.* New York: McGraw Hill.
- SiS (2004) *Plan för genomförande av försöksverksamhet med att utveckla och pröva en förstärkt vårdkedjemodell inom missbrukarvården*. S2003/10379/ST. Dnr 120-910-03, 2004-03-31. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (SiS).
- SiS (2005) *Vårdkedjeprojektet – delrapport avseende uppdraget att utveckla och pröva en förstärkt vårdkedjemodell*. Dnr 120-910-03, 2005-09-15. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (SiS).
- SiS (2006) *SiS-DOK Manual. Med anvisningar till intervjuförmulären*. SiS FoU-enhet februari 2006. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Socialstyrelsen (2001) *Brukarråd och brukarrevisioner inom verksamheter för personer med psykiska funktionshinder*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003) *Brukarmedverkan i socialtjänstens kunskapsutveckling*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2004) *Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården den 1 april 2003*. (Services and clients in treatment units within the misuse treatment system the 1st of April 2003). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2007) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (2004:3) *Tvång och förändring. Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård. Betänkande av LVM-utredningen*. SOU 2004:3. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- SOU 2006:100. *Ambition och ansvar: Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Slutbetänkade av Nationell psykiatrisamordning. Stockholm: Fritzes.
- Storbjörk, J. (2006) *The social ecology of alcohol and drug treatment: Client experiences in context*. Stockholm: Stockholm University, Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD).

- Sulkunen, P (1997) *On Addiction: Lay Conceptions of Alcoholism*. Social Research Unit for Alcohol Studies, STAKES, Helsinki.
- Sulkunen, P. (2007) Re-inventing the Social Contract. *Acta Sociologica* (50): 3, 325–334.
- Sunesson, S. & Lundström, T. (2000) Socialt arbete utförs i organisationer. I Meeuwisse m fl, *Socialt arbete – En grundbok*. Lund: Natur och kultur.
- Takala, J.-P., Klingemann, H. & Hunt, G. (1992) Afterword: common directions and remaining divergences, pp. 285–304 in: Klingemann, H., Takala, J.-P. & Hunt, G., *Cure, Care, or Control: Alcoholism Treatment in Sixteen Countries*. Albany: State University of New York Press.
- Taleff, M. & Babcock, M. (1998) Hidden themes: Dominant discourses in the alcohol and other drug field. *International Journal of Drug Policy*, 9, 33–41.
- Wallander, L. & Blomqvist, J. (2005) *Vad styr vårdoalen? En faktoriell survey av faktorer som predicerar val av insatser inom socialtjänstens missbrukarvård*. Delrapport 2 från projektet "Vem får vilken missbrukarvård". Stockholm: Socialtjänstförvaltningen, Forsknings- och utvecklingsenheten (FoU).
- Watts, J. & Priebe, S. (2002). A phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment. *Bioethics*, 16(5), 439–454.
- Vedung, E. (1998) *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.
- Vejde, O. (2002) *Nyfiken på icke-parametriska metoder*. Borlänge: Olle Vejde förlag.
- Wild, C., Roberts, A. & Cooper, E. (2002). Compulsory substance abuse treatment: An overview of recent findings and issues. *European Addiction Research*, 8(2), 84–93.
- Vinson, N. B. (2001) The system-of-care Model: Implementation in Twenty-seven Communities. *Journal of Emotional & Behavioural Disorders*. Vol. 9 (1).
- Vårdkedjehandbok* (2005) Reviderad 2005-10-13. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (SiS).
- Vårdkedjor med vårdgivaravtal, förslag till ny modell för beställning av mödravård – förlossning – eftervård samt vård vid bröstcancer*. Tjänsteutlåtande 2004-02-27, HSU 2004-02-17 p 4. Stockholm: Stockholms läns landsting, Landstingsstyrelsen, Beställarkontor Vård (<http://www.sll.se/Handlingar/HSU/2004/2004-02-17/04LS0401-0056.doc>)
- Öberg, D. & Sallmén, B. (2001) *MAPS. Inskrivningsdel manual*.

Internetkällor

- http://www.scb.se/templates/tableOrChart___159261.asp (Statistiska Centralbyrån, SCB, *Folkmängd i riket, län och kommuner 31/12/2005 och befolkningsförändringar 2005*), 2007-03-24.
- <http://www.stockholm.se/upload/Fackforvaltningar/Utreddnings-%20och%20statistikkontoret/Statistisk%20årsbok/2007/03stadsdel.pdf> (*Utreddnings- och statistikkontoret, USK, Folkmängd den 31 december 2005*), 2007-03-24.

Tidigare utgivna forskningsrapporter

ISSN 1104-6155

- Nr 1 1994 Var står vi? Ackumulerad kunskap och erfarenhet inom institutionell missbrukarvård, utifrån en dialog forskare – praktiker (Vera Segraeus)
- Nr 2 1997 Ungdomar i tvångsvård. Råbyundersökning 94 (Claes Levin)
- Nr 3 1997 Etiska konflikter inom tvångsvård av ungdomar (Gunnel Colnerud)
- Nr 1 1998 LVM-vårdens kvalitet enligt socialtjänstens bedömning (Arne Gerdner)
- Nr 2 1998 Ett §12-hem för flickor. Omdefinitioner i ungdomsvården (Berit Andersson)

ISSN 1404-2576

- Nr 1 1999 Etik och ungdomsvård. En empirisk studie av anställdas etiska problem inom tvångsvård av ungdomar. Slutrapport (Gunnel Colnerud)
- Nr 2 1999 "Plötsligt får man lust att leva." En grupp narkomaners berättelser om sina självmordsförsök (Eva Johnsson, Mats Fridell)
- Nr 3 1999 Ungdomar från särskilda ungdomshem i Stockholms brottsliga nätverk (Jerzy Sarnecki)
- Nr 1 2000 Tvång och tillit. LVM-vård som kulturell ingenjörskonst (Göran Johansson)
- Nr 2 2000 När anhöriga involveras. Personalens beskrivning av anhöriga på särskilda ungdomshem (Maria Bangura Arvidsson, Malin Åkerström)
- Nr 1 2001 Vård bakom låsta dörrar. Lunden, ett LVM-hem för kvinnor (Bengt Svensson)
- Nr 2 2001 Kommunikativ pedagogik och särskilda ungdomshem (Per Gerrevall, Håkan Jenner, red)
- Nr 3 2001 Empati och professionellt förhållningssätt. Behandlarrollen i missbrukarvården (Ulla Holm)
- Nr 1 2002 Missbrukare med psykiska störningar och psykiatripatienter. Jämförelser baserade på ASI, SASB och DMT (Bengt-Åke Armelius, Kerstin Armelius, Håkan Larsson, Elisabet Sundbom)
- Nr 2 2002 Arbetsmiljö och behandlingskultur. Jämförelse mellan SiS-institutioner och andra vårdmiljöer (Madeleine Jeanneau)
- Nr 3 2002 Bete sig normalt. Ett perspektiv på den vuxna familjehemsvården (Göran Johansson)
- Nr 4 2002 "De kommer ut fräscha och fina". Om tvång och hemlöshet (Lena Yohanes, Anna Angelin, Anders Giertz, Hans Swärd)
- Nr 5 2002 Sluten ungdomsvård. Rättsliga reaktioner på de ungas brott före och efter införandet 1999 (Eckart Köhlhorn)

- Nr 1 2003 "Det är dom här jag har och inte har". LVM-vårdade narkotikamissbrukares sociala nätverk (Anette Skårner, Margareta Regné)
- Nr 2 2003 Ungdomarnas upplevelse av slutna ungdomsvård. En jämförelse med LVU-placeringar och fängelse (Jessica Palm)
- Nr 3 2003 Kultur Forskning Missbruk Vård. Motsägelser (Göran Johansson)
- Nr 1 2004 Lärande och kunskapsanvändning. Kompetensutveckling genom personalutbildning och arbete vid särskilda ungdomshem (Leif Nilsson)
- Nr 2 2004 Det förlorade livet eller livet som oändlig kamp. LVM-klienters livshistorier med fokus på kvinnor (Noriko Kurube)
- Nr 1 2005 Ger ART bättre behandlingseffekter? Utvärdering av metoder på tre ungdomshem (Rolf Holmqvist, Teci Hill, Annicka Lang)
- Nr 2 2005 "Demokrati i det lilla?" Ungdomars delaktighet i sin behandling (Anne Hermodsson, Cecilia Hansson)
- Nr 3 2005 Påverkan eller total förändring? Kritik av en förhållning med avstamp i ett program mot missbruk och kriminalitet (Göran Johansson)
- Nr 1 2006 Att starta ett särskilt ungdomshem – exemplet Klarälvsgården (Lars Bergström, Annika Rudqvist)
- Nr 1 2007 Annars får man inte vara med. Missbrukarvård och kulturens täckelse – exemplet romer (Göran Johansson)