



**MALMÖ HÖGSKOLA**  
FAKULTETEN FÖR  
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

# **SAMVERKAN I NÖD OCH LUST**

SOCIALTJÄNSTENS SYN PÅ SAMVERKAN MED  
LARO-MOTTAGNINGARNA I MALMÖ

IDA LINDSTÉN

CAROLINE JOHNSON

Examensarbete i socialt arbete  
15 hp  
Socionomprogrammet  
Januari 2017

Malmö högskola  
Hälsa och samhälle  
205 06 Malmö

# **SAMVERKAN I NÖD OCH LUST**

## **SOCIALTJÄNSTENS SYN PÅ SAMVERKAN MED LARO-MOTTAGNINGARNA I MALMÖ**

IDA LINDSTÉN

CAROLINE JOHNSON

Lindstén, I & Johnsson, C. Samverkan i nöd och lust. Socialtjänstens syn på samverkan med LARO-mottagningarna i Malmö. *Examensarbete i socialt arbete 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för socialt arbete, 2017.

Denna uppsats ingår i en utvärdering som görs av den vårdvalsreform som år 2014 infördes för personer med läkemedelsassisterad rehabilitering för opioidberoende (LARO). Syftet med uppsatsen var att undersöka hur samverkan mellan socialtjänsten och LARO-mottagningarna i Malmö skedde före införandet av vårdval LARO och hur den sker nu, efter införandet. Vi undersökte även vad införandet har inneburit för klienter och för berörd personal inom socialtjänsten. Vi har använt en kvalitativ ansats där vi genomförde semistrukturerade intervjuer med personal inom socialtjänsten.

Resultaten tyder på att samverkan överlag fungerar bra mellan socialtjänsten och LARO-mottagningar, samt att denna samverkan med tiden ökat i omfattning. Om ökningen har att göra med vårdval LARO eller om det har med den mer allmänna utvecklingslinjen att göra är dock svårt att säga. Det framkommer även att införandet av vårdvalet medfört en ökad tillgänglighet och valfrihet för klienterna, vilket både har inneburit för- och nackdelar. Fördelarna anses dock överväga, ur socialtjänstens perspektiv. En annan viktig del som görs tydlig i denna uppsats resultat är att det delade huvudmannaskap som råder för missbruks- och beroendevården i Sverige kan innebära svårigheter. Detta bland annat i form av oklarheter i ansvarsfördelning, vilket i sin tur kan leda till att klienter faller mellan stolarna. Av intervjuerna framkommer en önskan om att LARO-mottagningarna bör ha helhetsansvar för personer med LARO.

*Nyckelord:* LARO, samverkan, socialtjänst, substitutionsbehandling, vårdval.

# **COLLABORATION IN SICKNESS AND IN HEALTH**

## **SOCIAL SERVICES VIEW ON OPIOID SUBSTITUTION TREATMENT RECEPTIONS IN MALMÖ**

IDA LINDSTÉN

CAROLINE JOHNSON

Lindstén, I & Johnsson, C. Collaboration in sickness and in health. Social service view on opioid substitution treatment receptions in Malmö. *Degree project in social work 15 credits*. Malmö University: Faculty of health and society, Department of social work, 2017.

This essay is part of an evaluation by the health care choice reform which introduced in 2014 for persons with opioid substitution treatment (OST). The aim of this study was to examine the collaboration between social service and opioid substitution treatment reception and how that collaboration was arranged before the introducing of the health care choice and how it is now after the introduction. We also examined what the introduction meant for clients and for the relevant staff in the social services. The study was conducted using a qualitative approach in terms of semi-structured interviews with social workers.

The results indicate that the collaboration generally works well between the social services and opioid substitution treatment receptions, and that this collaboration has increased with time. If the increase must do with the health care choice or simple only the fact that there has been a general development in time is difficult to say. The results also reveals that the introduction of the health care choice resulted in increased availability and different options for clients, which both has brought advantages and disadvantages. The advantages, however, are considered greater than the disadvantages, from social service perspective. Another important aspect that is made clear in this essay results is that the shared principal responsibility prevailing for substance abuse and addiction care in Sweden can lead to difficulties. This is partly in the form of ambiguities in the division of responsibilities, which in turn may lead to that clients fall between the cracks. The interviews indicated the desire that opioid substitution treatment reception should have the overall responsibility for persons with substitutions treatment.

*Keywords:* collaboration, health care choice, opioid substitution treatment, social service.

## **FÖRORD**

Varmt tack till alla ni som tagit er tid att ställa upp på intervjuer och där bidragit med era kunskaper och erfarenheter, utan er hade denna uppsats inte varit möjlig. Vi vill också passa på att tacka Björn Johnson och Lisa Andersson för ert stora stöd under uppsatsens gång samt för att även ni delat med er av era kunskaper och erfarenheter inom området.

*Ida Lindsten och Caroline Johnsson, Malmö högskola 2017*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Inledning och problemformulering .....	7
1.1 Syfte.....	7
1.2 Frågeställningar .....	8
2. Bakgrund .....	8
2.1 Den svenska narkotikapolitiken.....	8
2.2 LARO/substitutionsbehandling .....	8
2.3 LARO-systemets förändring.....	10
2.3.1 Avvecklandet av spärrtiden.....	11
2.3.2 Avvecklandet av opiatregeln .....	11
2.4 Vårdval .....	11
2.5 Socialtjänst.....	11
3. Teoretiska utgångspunkter .....	12
3.1 Samverkan .....	12
3.1.1 Samverkan en ny offentlig arbetsform .....	12
3.1.2 Hinder och möjligheter för samverkan .....	13
3.1.3 Samverkan på missbruks- och beroendområdet.....	14
4. Tidigare forskning .....	14
5. Metod .....	16
5.1 Val av metod - en kvalitativ ansats.....	17
5.2 Urval .....	17
5.3 Semistrukturerad intervju .....	18
5.4 Tillvägagångssätt .....	18
5.5 Analysmetod.....	19
5.6 Validitet och reliabilitet eller tillförlitlighet och generaliserbarhet? .....	19
5.7 Etiska överväganden.....	20
6. Resultat.....	21
6.1 Informanternas generella uppfattningar om vårdvalsreformen .....	21
6.1.1 Individens tillgång till LARO.....	23
6.1.2 Byte av LARO-mottagning .....	24
6.1.3 Utskrivning från LARO .....	25
6.2 Informanternas upplevelser av socialtjänstens roll i samband med LARO.....	27
6.2.1 Alternativa behandlingar till LARO.....	28

6.2.2 Informanternas upplevelser av LVM i samband med LARO .....	29
6.3 Informanternas upplevelser av samverkan med LARO-mottagningarna .....	30
6.3.1 Informanternas förslag till förbättring av samverkan med LARO-mottagningarna	32
6.3.2 Informanternas upplevelser av samordnad individuell plan i samband med LARO	33
6.4 Informanternas övriga upplevelser .....	34
6.4.1 Stadsområde 1 .....	34
6.4.2 Stadsområde 2 .....	36
6.4.3 Stadsområde 3 .....	36
7. Analys och diskussion .....	37
7.1 Hur sker samverkan mellan socialtjänsten och LARO-mottagningarna, enligt socialsekreterare och sektionschefer på socialtjänsten? .....	37
7.2 Hur upplever socialsekreterare och sektionschefer på socialtjänsten att samverkan med LARO-mottagningarna förändrats sedan införandet av vårdval LARO 2014? .....	39
7.3 Vad har införandet av vårdval LARO inneburit för personer med LARO och för berörd personal på socialtjänsten enligt tillfrågade socialsekreterare och sektionschefer? .....	40
8. Slutsats .....	42
9. Referenser .....	43
10. Bilaga 1 - Intervjuguide .....	46

# 1. INLEDNING OCH PROBLEMFÖRMULERING

Denna uppsats är en del av ett större forskningsprojekt som Lisa Andersson, doktorand vid Malmö högskola tillsammans med Björn Johnson, docent vid Malmö högskola, genomför på uppdrag av Region Skåne. Forskningsprojektet och uppdraget innebär en utvärdering av en vårdvalsreform som infördes för personer med läkemedelsassisterad rehabilitering för opioidberoende<sup>1</sup> (LARO) i Region Skåne. LARO är den vanligaste behandlingen för personer med heroin- eller annat opioidberoende och ges med läkemedlen metadon, buprenorfin eller buprenorfin-naloxon (Suboxone). Vad LARO innebär återkommer vi till i denna uppsats bakgrundsavsnitt.

Vårdvalsreformen som ska utvärderas infördes den 1 april 2014. Den innebär att personer som söker, eller som redan har beviljats, LARO och är bosatta i Skåne har möjlighet att fritt välja mellan olika godkända mottagningar (Region Skåne, 2016). Innan vårdvalsreformen blev individerna tilldelade en LARO-mottagning utefter var de bodde geografiskt. Reformen har även inneburit att det är enklare att öppna en LARO-mottagning än det varit tidigare. Det finns dock fortfarande vissa villkor som behövs uppfyllas för att en mottagning ska kunna startas. De regleras i *Ackreditering och Avtal för LARO-mottagning i Vårdval Skåne* (Region Skåne 2014a). Mottagningarna måste även följa *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende* (HSLF-FS 2016:1).<sup>2</sup>

Utvärderingens slutgiltiga resultat kommer att vara en del i regionens beslutsunderlag när det gäller om vårdval LARO ska finnas kvar eller tas bort. Underlag för utvärderingen är olika intressenters uppfattningar om reformen - personal från LARO-mottagningar, klienter och samverkanspartners. Samverkanspartners är naturligt förekommande när det gäller aktörer som arbetar med missbruks- eller beroendeproblematik, så som LARO-mottagningar gör. Personer med beroende eller missbruk behöver ofta insatser från flera instanser som beroendevården, socialtjänsten, sprutbytet och frivården (SOU 2011:35; Johnson, Richert & Svensson, 2017).

Ännu finns det dock en oklarhet i vad vårdvalsreformen fått för konsekvenser för LARO-mottagningarnas samverkan. Vår del i utvärderingen, tillsammans med två andra uppsatser, innefattar därför att undersöka olika samverkanspartners perspektiv på samverkan med LARO-mottagningar i regionen. Den ena uppsatsen undersöker frivårdens perspektiv, den andra undersöker sprutbytet perspektiv och vår uppsats undersöker socialtjänstens perspektiv. Fokus i denna uppsats är med andra ord riktad mot socialtjänstens samverkan med LARO-mottagningar och hur sådan samverkan påverkats av vårdvalsreformen.

## 1.1 Syfte

Denna uppsats har till syfte att undersöka hur samverkan mellan delar av Malmös socialtjänst och Skånes LARO-mottagningar uppfattas utifrån personal verksamma inom socialtjänsten. Detta dels hur personalen såg på denna samverkan innan införandet av vårdvalet och dels hur de ser på den nu efter vårdvalet införts. I denna uppsats har vi en retrospektiv ansats. Vi har med andra ord ingen före- och eftermätning utan endast en eftermätning, där våra informanter resonerar om hur det är idag och hur det var före vårdvalsreformen.

---

<sup>1</sup> Opioider är ett namn för olika beroendeframkallande droger och läkemedel som vid intag har det gemensamt att de påverkar kroppen på ett morfinliknande sätt, det vill säga smärtlindrande och dämpande (Monwell, Johnson & Gerdner, 2015).

<sup>2</sup> Socialstyrelsen förnyar föreskrifterna efterhand, de nya och nu gällande (HSLF-FS 2016:1) infördes i början av 2016. Dessförinnan gällde SOFS 2009:27 och innan dess SOFS 2004:8.

## 1.2 Frågeställningar

1. Hur sker samverkan mellan socialtjänsten och LARO-mottagningarna, enligt socialsekreterare och sektionschefer på socialtjänsten?
2. Hur upplever socialsekreterare och sektionschefer på socialtjänsten att samverkan med LARO-mottagningarna förändrats sedan vårdval LARO infördes 2014?
3. Vad har införandet av vårdval LARO inneburit för personer med LARO och för berörd personal på socialtjänsten enligt tillfrågade socialsekreterare och sektionschefer?

## 2. BAKGRUND

I detta bakgrundsavsnitt börjar vi med en kort beskrivning av den svenska narkotikapolitiken för att läsaren ska kunna ha detta i åtanke i sammanhanget. Därefter följer en kort beskrivning av uppsatsens nyckelbegrepp nämligen LARO/substitutionsbehandling, socialtjänst och vårdval. Detta för att läsaren ska få en förståelse för vad begreppen innebär. En redogörelse görs även av den förändring LARO-systemet genomgått de senaste tio åren som inkluderar information om den så kallade spärrtiden och opiatregeln, två regleringar som är av betydelse för hur resultaten i den här uppsatsen ska tolkas. Nyckelbegreppet samverkan beskrivs dock inte vidare i detta avsnitt, beskrivningen ges istället i teoriavsnittet. Detta då begreppet samverkan är det mest centrala i denna uppsats.

### 2.1 Den svenska narkotikapolitiken

I Sverige råder sedan år 1977 ett övergripande mål om ett narkotikafritt samhälle där målet är att all icke-medicinsk användning av droger ska upphöra. Med detta som bakgrund kan den svenska narkotikapolitiken ses som starkt restriktiv. Narkotikapolitiken utgörs av tre grundpelare: information och prevention, kontrollåtgärder samt vård och behandling. Vilka effekter denna narkotikapolitik haft är svårt att ge ett klart svar på, men faktorn att det är låg förekomst av experimentell narkotikaanvändning tyder på att den i vissa avseenden varit framgångsrik (SOU 2011:35). Samtidigt har dock Sverige i jämförelse med andra länder en förhållandevis hög narkotikadödlighet, och med detta i åtanke kan den svenska narkotikapolitiken även kritiseras (Linton, 2015).

### 2.2 LARO/substitutionsbehandling

LARO står för läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende och är en långsiktig evidensbaserad behandling (Anell, 2016). Den vanligaste internationella termen för LARO är substitutionsbehandling (opioid substitution treatment). Fortsättningsvis kommer vi att använda oss parallellt av båda begreppen.

LARO är frivillig och riktar sig som tidigare nämnts till personer som är beroende av opioider (Region Skåne, 2016). I Sverige har landstingen/regionerna ansvaret för LARO. På mottagningarna arbetar sjukvårdspersonal som läkare, sjuksköterskor, psykologer och kuratorer (Johnson, 2011). Inom Region Skåne erbjuds LARO på mottagningar som är godkända av och har avtal med regionen. LARO-mottagningarna är skyldiga att ta emot samtliga behöriga patienter som söker sig till dem (Region Skåne, 2016; Region Skåne, 2014b).

Behandlingen består av individuellt anpassad dos av en långtidsverkande opioid, antingen metadon, buprenorfin eller Suboxone (kombination av buprenorfin och naloxon). Medicinen gör att suget efter opioider minskar och därmed även det illegala opioidmissbruket. Skillnaden mellan preparaten är att buprenorfin och buprenorfin-naloxon inte dämpar drogsuget lika mycket som metadon, men i gengäld är inte buprenorfin lika potent som metadon, och risken för att överdosera är lägre. Naloxonet i Suboxone bidrar med att minska risker för oavsedd



användning och minskar även missbrukspotentialen (Johnson, 2011). Genom att klienten<sup>3</sup> stabiliseras på dessa mediciner kan han eller hon fungera som en opåverkad person så länge klienten inte ”sidomissbrukar”, det vill säga använder andra otillåtna preparat vid sidan av (Johnson, 2011).

Den medicinska behandlingen kompletteras ofta även med psykosocial behandling (Johnson, Richert & Svensson, 2017). Omfattningen av den psykosociala behandlingen är dock varierande, beroende på varje mottagnings tillgångar och resurser samt deras samverkan med andra aktörer inom psykiatri, beroendevård och socialtjänst. I början av behandlingen behöver klienten ta sig till mottagningen dagligen för att få sin behandling och lämna urinprover, men hämtningarna och kontrollen glesas ut i takt med att klientens sociala situation stabiliseras och förbättras. Detta regleras i Socialstyrelsens nya föreskrifter (2016). Ofta är behandlingen livslång, detta för att risken att falla tillbaka i missbruk annars är mycket stor (Johnson, 2011). Syftet med behandlingen är att klienterna ska få en förbättrad hälsa och social situation samt ett minskat missbruk (Socialstyrelsen, 2015).

Substitutionsbehandling utvecklades i USA i mitten av 1960-talet som ett program där den verksamma medicinen utgjordes av metadon samt innehöll rehabiliterande insatser där klienterna skulle föras ut i utbildning eller arbete. Detta program kom att bli framgångsrikt och ett motsvarande program startades upp i Sverige ett par år senare (Johnson, 2003; Grönbladh, 2004). Trots att det visat sig vara lyckat var inte alla eniga om programmets gynnsamhet för individen gällande medicineringen. Även Socialstyrelsen var till en början motståndare till substitutionsbehandling. Detta innebar att tillgången till behandlingen var väldigt låg och många som sökte fick avslag. De som fick avslag erbjöds medicinfri behandling, men eftersom denna behandling inte utvärderades med jämna mellanrum så som substitutionsbehandlingen gjorde fanns det inga belägg för att den medicin fria behandlingen hade några positiva effekter (Johnson & Svensson, 2006).

Individens egna upplevelser av situationen var att de i substitutionsbehandling lyckades bättre med sin behandling än de i medicinfri vård. Först flera tiotal år senare luckrades Socialstyrelsens synsätt upp, den avgörande liberaliseringen skedde med de föreskrifter som trädde i kraft 1 januari 2005 (Socialstyrelsen, 2015). Detta efter att en alternativ medicin till metadon infördes, det numera avregistrerade buprenorfin-läkemedlet Subutex. I takt med att Socialstyrelsen luckrade upp sitt synsätt och ändrade på reglerna för substitutionsbehandling ökade denna vårdform kraftigt. För individer med opioidberoende är substitutionsbehandling i dagsläget den vårdform som dominerar.

Det har framkommit genom flera decennier av internationell forskning att substitutionsbehandling för många innebär minskad kriminalitet, prostitution och illegal droganvändning, samtidigt som både sjukligheten och dödligheten hos dessa personer minskar (Johnson, Richert & Svensson, 2017). För bäst resultat har medicinsk forskning kommit fram till att substitutionsbehandling ska vara under en längre tid och baseras på höga doser i kombination med psykosocialt stöd (Johnson, 2010). Trots detta finns det fortfarande delade meningar om metoden. De delade meningarna hänger ihop med de risker den kan innebära, så som risken att medicinen sprids vidare till andra än den individ den är avsedd till eller till den illegala drogmarknaden. Dödsfall relaterat till metadon och buprenorfin har nämligen ökat,

---

<sup>3</sup> Socialtjänsten och sjukvården benämner personer i LARO på skilda sätt, inom socialtjänsten benämns personerna klienter medan de inom sjukvården benämns patienter. För att undvika förvirring kommer vi i denna uppsats uteslutande benämna personerna med en och samma term. Vi har valt termen klienter eftersom vi huvudsakligen utgår från socialtjänstens perspektiv.

dels på grund av så kallat läckage (läkemedel som sprids vidare till personer utanför behandling) men även för individer i behandlingen som har haft ett omfattande sidomissbruk.

Om individer som har ett utvecklat beroende påbörjar substitutionsbehandling föreligger även en annan stor risk, nämligen att denne utvecklar ett beroende när han eller hon förmodligen annars hade kunnat bryta sitt missbruk genom medicinfri behandling. Risken finns dock att individer som önskar medicinfri behandling inte får detta numera på grund av ekonomiska skäl, då socialtjänsten inte vill bevilja dyra placeringar. Det är deras ansvar att bekosta placeringarna medan det är sjukvården som ska bekosta själva substitutionsbehandlingen. Därför skulle socialtjänsten kunna se substitutionsbehandling som ett alternativ för att slippa undan kostnader (Johnson, Richert & Svensson, 2017).

Substitutionsbehandling har visat ge olika resultat på olika individer, av olika skäl. En mindre grupp lämnar sitt missbruk för gott medan andra har stora problem med sidomissbruk vilket gör att behandlingen inte får full effekt. Klienterna som har problem som dessa är ofta de som skrivs ut mot sin vilja eller själva avbryter behandlingen. De allra flesta i substitutionsbehandling är dock någonstans där mittemellan. För dem kan återfall och sidomissbruk förekomma men i det stora hela får de ett bättre liv än de hade innan behandlingen (Johnson, 2011).

### **2.3 LARO-systemets förändring**

Tillgången till LARO har med tiden genomgått stora förändringar. Metadon och metadonbehandling har genom åren mottagit mycket kritik. Till följd av kritik införde tillsynsmyndigheten Socialstyrelsen en begränsning av hur många klienter som samtidigt fick ha substitutionsbehandling, trots att behandlingen ansågs vara en effektiv metod. Begränsningen kallades för ”taket” och innefattade 150 platser när det först introducerades år 1983. I och med ”taket” var motståndarna till substitutionsbehandling garanterade att de medicinfria metoderna inte kunde utkonkurreras. Substitutionsbehandling skulle vara sista utvägen när alla andra alternativ provats utan lyckat resultat. Successivt skedde dock höjningar av ”taket”, år 2004 gjordes det som kom att bli den sista höjningen, till 1200 platser (Johnson, 2013). ”Taket” togs bort 2005, med de föreskrifter som kom då (Socialstyrelsen, 2015).

För att få en plats i substitutionsbehandling ställdes länge mycket höga krav på klienterna. Till en början krävdes att klienten skulle vara 20 år, ha minst fyra års dokumenterat intravenöst opiatmissbruk samt tre misslyckade försök med medicinfri behandling. Inte förrän 2005 togs kravet på att först ha provat andra behandlingsinsatser bort, kraven sänktes även från fyra till två års dokumenterat opiatberoende och möjlighet till dispens från 20-årsregeln infördes. Samma år omformulerades de regler som fanns för uteslutning från behandlingen, utesluten kunde man bland annat bli om man uteblivit från behandlingen längre än en vecka eller om man haft upprepande återfall (Johnson, 2013). Samtliga uteslutningsregler är dock borttagna idag (Socialstyrelsen, 2015).

Under en lång tid fördes en debatt om substitutionsbehandling skulle vara en korttidsbehandling som klienterna skulle trappa ut från, men efterhand blev fler och fler övertygade om att behandlingen skulle vara under en längre tid och det producerades även stöd för att långtidsbehandling medförde bäst resultat för de flesta. Det visade sig att de personer som skrevs ut från behandlingen oftast återföll i missbruk, detta oavsett om utskrivningen var frivillig eller ofrivillig (Grönbladh, 2004). Det var dock inte förrän år 2005 som det formella målet om att varje klient skulle avsluta sin substitutionsbehandling togs bort. Målet var inte realistiskt och i praktiken avskaffades det därför långt tidigare (Johnson, 2013).

### **2.3.1 Avvecklandet av spärrtiden**

En annan del av LARO-systemets förändring är avvecklandet av den så kallade spärrtiden. Tidigare fanns en ”spärr”-regel som innebar att de personer som blivit ofrivilligt utskrivna från LARO inte kunde påbörja ny substitutionsbehandling inom en viss tidsgräns. Till en början varierade spärrtiden mellan ett och två år, men kunde i praktiken bli längre än så, då de utskrivna ofta hamnade sist i vårdkön. I mitten av 2000-talet var köerna till behandlingen i Skåne upp till fem år lång (Johnson, 2013).

Spärrtiden kom senare (2005) att bestämmas till sex månader och därpå (2010) minskas till tre månader, för att sedan försvinna helt i början av 2016. När Socialstyrelsen för några år sedan fick frågan varför spärrtid fanns framkom svaret att man inte ville ha något ”spring mellan mottagningarna” - detta skulle kunna vara ett motiv men en definitiv anledning har inte hittats. Varför spärrtiden fanns överhuvudtaget är därför fortfarande oklart (Johnson, 2013).

### **2.3.2 Avvecklandet av opiatregeln**

Ytterligare en viktig del i LARO-systemets förändring är avvecklandet av den så kallade opiatregeln. Regeln, som infördes 2010, innebar att det endast var personer som var beroende av naturliga opiater (opium, morfin eller heroin) som hade tillgång till substitutionsbehandling. Anledningen till att personer beroende av syntetiska opioider (exempelvis metadon, buprenorfin eller fentanyl) inte fick tillgång till substitutionsbehandlingen var att det saknades evidens för sådan behandling för dem samt att Socialstyrelsen ansåg att man inte borde behandlas med samma preparat som man är beroende av. Avsaknaden av evidens påpekades dock av utomstående bero på att det saknades studier av personer med substitutionsbehandling som hade ett opioidberoende, det poängterades även att avsaknaden av evidens inte är samma sak som avsaknad av behandlingseffekter. Johnson (2013) framhävde i samband med detta att opioidberoende klienter under lång tid hade behandlats framgångsrikt med substitutionsbehandling, både internationellt och i Sverige.

Opiatregeln kom att få mycket kritik. Remissinstanser menade att det var svårt att hitta någon likvärdig behandling som var lika effektiv som substitutionsbehandling för personer med opioidberoende. Trots kritik från flera håll och medvetenhet om att liknande begränsningar inte fanns i något annat land valde Socialstyrelsen till en början att behålla opiatregeln. Detta ändrades dock i och med införandet av Socialstyrelsens nya föreskrifter i februari 2016 (Johnson, 2013; Socialstyrelsen, 2015, HSLF-FS 2016:1).

## **2.4 Vårdval**

Året innan vårdvalet infördes fanns nio LARO-mottagningar i Skåne. Det var Psykiatri Skåne som då bedrev LARO, med sju offentliga mottagningar samt två upphandlade privata mottagningar. Med syfte och mål att förbättra tillgängligheten och minska köerna till LARO beslutade Region Skåne att införa vårdvalsreformen, som vi fortsättningsvis benämner som vårdvalet och vårdval LARO. Även andra aktörers önskan om ökad mängd vårdande och samordnande insatser samt en förbättring av klientbemötande låg till grund för detta beslut (Anell, 2016). Idag finns arton olika LARO-mottagningar i regionen, varav elva drivs i privat regi och resterande sju av Region Skåne (Region Skåne, 2016).

## **2.5 Socialtjänst**

Kommunens socialtjänst kan alla söka hjälp hos, detta görs antingen genom en anmälan eller med en ansökan. För varje person som gör en ansökan eller anmälan startas ett ärende vilka socialsekreterare, som har tystnadsplikt, handlägger. Socialtjänsten är reglerad av socialtjänstlagen (SFS 2001:435) och verksamheten är indelad i olika avdelningar.

Individ- och familjeomsorgen är en avdelning som har till uppdrag att ge stöd och hjälp till människor i olika typer av svårigheter som faller inom socialtjänstens ansvarsområde.

Avdelningen är indelad i fyra enheter och ansvarar för flera olika ämnesområden, varav enheten vuxna och ämnesområdet behandling av drog- och alkoholproblematik är ett av dessa. Socialsekreteraren utreder individens behov och gör bedömning av vilka insatser som är relevanta utifrån den gällande lagstiftningen (Malmö stad, 2016).

Johnson, Richert och Svensson (2017) beskriver att socialtjänstens ansvarsområden för klienter med missbruk är sysselsättning, boende, ekonomisk försörjning samt merparten av all icke-medicinsk behandling. När det gäller behandlingarna kan dessa ske i antingen offentlig eller privat regi, socialtjänsten använder sig av båda vårdgivarna i ungefär samma utsträckning.

### **3. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER**

I detta teoriavsnitt ges en utförlig beskrivning av begreppet samverkan. Samverkan är som tidigare förklarat den mest centrala begreppet i denna uppsats. För att skapa en förståelse för begreppet och för att kunna besvara frågeställningarna är det nödvändigt att undersöka detta mer i detalj.

#### **3.1 Samverkan**

Att samverka innebär att olika personer i olika yrkesroller, myndigheter och organisationer, ofta styrda av skilda regelsystem, strävar efter att uppnå ett eller flera gemensamma mål (Danermark, 2005). Samverkan är ett positivt laddat ord och innebär i stora drag att olika aktörer arbetar gränsöverskridande för ett visst gemensamt syfte (Johnson, 2011). Detta är dock inte helt oproblemiskt, det förekommer i vissa lägen konkurrens om vem som har ansvar för vad. Behovet av samverkan behöver bedömas i varje enskilt fall, vinsterna med samverkan måste överväga riskerna för individen. Vinsterna med samverkan är exempelvis att individen förhindras att falla mellan stolarna och att individens problem har större möjlighet att lösas när flera parter är inblandade. Risker är exempelvis att individens integritet åsidosätts och att samverkansaktiviteterna tar oproportionerligt mycket tid och kraft i förhållande till utfallet (Socialstyrelsen, 2008).

Varje samverkan kräver ett objekt, det vill säga något att samverka om. I de fall där samverkan sker mellan så kallade människobehandlande organisationer, till exempel socialtjänst och sjukvård, samverkar man om människor vilket lägger till ytterligare en dimension (Danermark, 2005). En dimension i den bemärkelse att det då inte bara ligger i de olika yrkesgruppernas intresse att samverkan ska fungera utan det ligger även, och kanske framförallt, i klientens intresse (Danermark & Kullberg, 1999). Klienten är både ett objekt i betydelsen att det är denne det samverkas om, och ett subjekt, i betydelsen att han eller hon är en människa med egna tankar, åsikter och känslor. Detta har betydelse för utvecklingen av samverkansprocessen på så sätt att en människa, till skillnad från ett livlöst objekt, har en aktiv roll i samverkan. Det har även betydelse för de inblandade yrkesrollerna på så vis att det dem sinsemellan råder konkurrens om hur ett problem ska definieras, förstås och åtgärdas.

##### **3.1.1 Samverkan en ny offentlig arbetsform**

Samverkan över myndighetsgränser har funnits sedan en längre tid tillbaka, i princip lika länge som välfärdsstaten existerat. Men samverkan har gått från att vara ett alternativ för en verksamhet att använda sig av till att bli en förutsättning för att olika verksamheter ska kunna utföra sina arbetsuppgifter. Myndigheter och andra offentliga aktörer har av staten, genom lagstiftning, beordrats att samverka. Detta med den bakomliggande tanken om att verksamheterna genom samverkan kan bli effektivare, billigare och bättre och att en ökad kompetens kan uppstå. Tanken är även att dubbelarbete, som i sig är ett slöseri med resurser, och andra former av ineffektivitet ska försvinna (Danermark & Kullberg, 1999).

Samverkan kan ta sig olika former. Danermark (2005) och Danermark & Kullberg (1999) beskriver fyra olika kategorier, även kallade ambitionsnivåer, på vilka samverkan kan ske. Den första kategorin, den lägsta ambitionsnivån, är när samverkan sker kring vissa tydligt avgränsade frågor. I praktiken innebär detta att samverkan utgörs av att en yrkesgrupp kallas in för råd- och stödgivning. Den andra kategorin, nästa ambitionsnivå, är när olika verksamheter koordineras och samordnas på så sätt att deras respektive insatser adderas till varandra. Koordinationen innebär dock inte gemensamt arbete, varje verksamhet arbetar fortfarande för sig själv. Först i nästa kategori och ambitionsnivå sker en samverkan med gemensamt arbete. Denna nivå innebär att olika verksamheter tillsammans skapar nya arbetsformer, till exempel på så vis att en yrkesgrupp inom den ena verksamheten gör tillfälliga insatser hos den andra verksamheten och vice versa. Den fjärde och sista kategorin, som utgör den högsta ambitionsnivån för samverkan, utgörs av att två eller flera verksamheter slås ihop till en och samma. Danermark (2005) betonar dock, efter redogörelsen för dessa samverkansformer, att det bästa inte nödvändigtvis är att börja med den högsta ambitionsnivån, utan tvärtom att det ofta kan vara bättre att ta lågt avstamp och sedan utveckla samverkansformen till högre nivåer.

### *3.1.2 Hinder och möjligheter för samverkan*

Samtidigt som samverkan kan skapa en del positiva och fördelaktiga effekter kan samverkan även medföra en del problem som måste lösas. En spontant ofta förekommande reaktion från inblandande aktörer är att en god personkemi är en avgörande förutsättning för att problem ska kunna lösas. Det är en lösning som ligger på en individuell och psykologisk nivå (Danermark, 2005). Problemen återfinns dock över flera områden och uppstår ofta, utöver de kunskaps- och förklaringsmässiga skillnader som finns mellan olika yrkesverksamma, på grund av de skillnader som finns organisationsmässigt och i lagstiftning. Det finns med detta i åtanke därmed fler förutsättningar som behövs tas hänsyn till (Danermark & Kullberg, 1999).

Danermark (2005) urskiljer med andra ord tre centrala typer av faktorer som utgör förutsättning för att en god samverkan ska kunna uppstå, vilka han menar behövs identifieras för att lyftas fram och diskuteras inför varje samverkansprocess. Den första centrala faktorn benämns kunskaps- och förklaringsmässiga faktorer, vilka handlar om att det inom samverkan finns olika kategorier av yrkesverksamma representerade med olika perspektiv och synsätt. Det andra är att de olika yrkesverksamma har olika lagstiftning, avtal, dokument och anvisningar att följa och ta hänsyn till, som styr arbetet och ibland skiljer sig åt. Detta kallar Danermark (2005) för en uppsättning formella och informella regler. Den tredje och sista centrala faktorn som författaren tar upp har att göra med att den organisatoriska situationen ser olika ut för olika yrkesverksamma, vilket innebär att klienten möter yrkesverksamma från olika organisatoriska positioner. Danermark (2005) menar att olikheter som dessa inte nödvändigtvis innebär hinder för samverkan, utan de kan även verka kompletterande.

Det finns som nämnts olika faktorer som kan gynna samverkan och så finns det faktorer som kan begränsa och hämma samverkan. Exempel på hämmande faktorer för samverkan är otydliga och oklara ansvarsfördelningar, förväntningar och kostnadsfördelningar (vem som bekostar vad). Tydliga och klara sådana fördelningar och förväntningar utgör exempel på gynnande faktorer för samverkan. Att det bestäms vem och var beslut fattas och vem som har rätten att besluta om vad (relaterat till huvudmannaskap), att det föreligger en tvingande lagstiftning samt att de yrkesverksamma som individer är motiverade till att samverka är ytterligare exempel på gynnande faktorer. För att uppnå en välfungerande samverkan på lång sikt krävs det att skillnader och olikheter identifieras och att det utifrån detta utvecklas en kunskap om hur dessa ska hanteras (Danermark, 2005; Danermark & Kullberg, 1999).

### 3.1.3 Samverkan på missbruks- och beroendeområdet

När det gäller samverkan mellan kommun och landsting/regioner angående missbruks- och beroendevård lyfts myndigheternas självständighet som olika verksamheter ofta fram som ett grundläggande hinder. Sjukvården och socialtjänsten har olika resurser, fattar beslut på skilda grunder samt regleras av olika lagstiftningar (SOU 2011:35).

Johnson (2011) framhåller när det gäller samverkan mellan kommuner och landsting, som socialtjänst och LARO-mottagning, tre olika former under vilka samverkan kan ske. Dessa är interprofessionell, interorganisatorisk samt intersektoriell samverkan. Den förstnämnda handlar om samverkan mellan olika yrkesgrupper, den andra mellan organisationer och den sistnämnda mellan olika huvudmän. Inom missbruks- och beroendeområdet är ofta samtliga tre typer av samverkan involverade samtidigt.

När det gäller LARO sker ofta samverkan mellan sjukvården och socialtjänsten. Vid de tillfällen när det är aktuellt är de två samhällsaktörerna skyldiga att samverka med varandra, vilket stadgas i socialtjänstlagen (SFS 2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Insatserna koordineras då så att sjukvården ansvarar för det medicinska insatserna medan socialtjänsten ansvarar för stödinsatser och psykosocial behandling. De båda instanserna är enligt ovanstående lagstiftningar skyldiga att kalla till samordnad individuell plan (SIP) när deras olika insatser behövs samordnas. SIP bygger på så vis på lagstadgade krav på samverkan. Samverkan mellan LARO-mottagningar och socialtjänsten sker då och då även informellt. En informell samverkansform har till fördel visat sig vara flexibel och smidig men har som nackdel att den blir personberoende (Johnson, 2011).

Samverkan på missbruks- och beroendeområdet kommer vi ta upp mer om i nästföljande avsnitt om tidigare forskning.

## 4. TIDIGARE FORSKNING

För att kunna beskriva det aktuella kunskapsläget inom det område denna uppsats berör har vi genomfört en artikel- och litteratursökning dels genom Googles digitala sökmotor för akademisk litteratur *Google Scholar* och dels genom Malmö högskola biblioteks motsvarighet *Libsearch*. Det har blivit tydligt att det finns mycket forskning om samverkan mellan sociala myndigheter och sjukvård, både nationellt och internationellt. Däremot finns endast få studier om samverkan just mellan socialtjänst och LARO-mottagningar i Sverige, vilket är vårt fokusområde.

Utifrån sökningen har vi fokuserat på det som är av störst relevans för denna uppsats, nämligen samverkan mellan beroendevård och socialtjänst i Sverige. Vid sökning om detta fann vi främst två högst relevanta rapporter, den första av Petersson och Karlson (2008) och den andra av Johnson (2011). I detta avsnitt finns först en sammanfattning av den statliga utredning, Missbruksutredningen, som gjorde en översyn av den svenska missbruks- och beroendevården mellan åren 2008-2011. Sedan följer en kort beskrivning av Petersson och Karlsons (2008) respektive Johnsons (2011) rapporter och vad de kom fram till.

När det kommer till kommun och landsting/region har samverkan dem emellan funnits länge och sedan den kommunala narkomanvården byggdes ut i början av 1970-talet har samverkan mellan dessa parter även funnits kring personer med narkotikaproblem. Samverkan inom missbruksområdet har sedan dess stadigt ökat.

Missbruk är ett komplext problem som ofta kräver flera olika typer av insatser samtidigt, så som sociala, psykologiska och medicinska (Alm & Anderberg, 2011). Något som under en

längre tid kritiserats är huvudmannaskapet för missbrukarvården som landsting/regioner och kommuner delar. Det är konstaterat att det delade ansvaret inneburit negativa konsekvenser i form av bristande tillgänglighet, oklar ansvarsfördelning och att klienter faller mellan stolarna (Johnson, 2011). Individer har med andra ord inte fått sitt hjälpbehov tillgodosett och samhällets resurser har använts ineffektivt (Alm & Anderberg, 2011). Behovet av insatser från flera huvudmän och gränsdragningar dem emellan är en lång och mycket viktig diskussion inom den svenska missbruksvården (Johnson, Richert & Svensson, 2017).

Missbruksutredningen (SOU 2011:35) hade till uppdrag att utreda de olika ansvaren för missbruks- och beroendevården som kommuner och landsting/regioner har och på vilket sätt denna ansvarsfördelning skulle kunna förtydligas och eventuellt förändras. Socialtjänsten och hälso- och sjukvården hade vid tillfället för utredningen delat ansvar för missbruks- och beroendevården, deras olika ansvar reglerades på en mycket övergripande nivå i lagstiftningarna socialtjänstlagen (SFS 2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763).

Ett av de viktigaste förslagen som utreddes var huruvida ansvaret för vård- och behandlingsinsatser skulle läggas enbart på en huvudman, sjukvården, eller om ett fortsatt delat ansvar skulle kvarstå. Detta är en fråga som uppmärksammats under längre tid och undersökts av flera olika utredningar även tidigare. Det som enligt Missbruksutredningen talade för en ansvarsförskjutning till sjukvården var bland annat att missbruk och beroende ses som en sjukdom, att det finns ett större förtroende för sjukvården än för socialtjänsten bland de berörda klienterna, att en ökning av medicinsk behandling för missbruk och beroende skett samt att behandlingsansvaret internationellt ofta ligger hos sjukvården (Norge, Finland, Frankrike, Storbritannien, Tyskland och Kanada är exempel på länder där sjukvården är ensam huvudman för behandling). Även det faktum att tvister mellan huvudmännen ofta förekommer om vem som ansvarar för vad och vem som rent kostnadsmässigt ska stå för vad samt de negativa konsekvenserna som det innebär för individen i form av bristande tillgänglighet, samordning och kontinuitet var argument för förändring av ansvarsfördelningen (SOU 2011:35).

Trots dessa argument för en förändring föll utredningens förslag. Detta främst eftersom ett stort antal remissinstanser var emot en sådan förändring, eftersom det fanns oro för att det skulle leda till ökad medikalisering och avveckling av psykosociala behandlingsinsatser. Ett fortsatt delat ansvar mellan de två huvudmännen kvarstod därmed, dock förespråkades ett förtydligande av ansvarsfördelningen genom lagstiftning samt införande av större krav på samverkan. Av utredningen framkom ytterligare förslag till förbättringar av vården som handlade om att stärka individens ställning, förbättra kunskap och kompetens hos personal samt utveckla den frivilliga samt ofrivilliga vårdens innehåll och kvalitet (SOU 2011:35).

Mer specifikt mellan socialtjänst och LARO-mottagningar har det tidigare funnits ett krav på att dessa ska samverka. Detta reglerades i Socialstyrelsens tidigare föreskrifter för LARO (SOSFS 2004:8) och gick ut på att socialtjänsten skulle vara inkopplade innan LARO fick påbörjas av sjukvården. Detta krav har nu tagits bort, men samverkan mellan dessa parter existerar ändå. De är nu enligt lag skyldiga att samverka när sådant behov för den enskilde finns. Oberoende av hur samverkan organiseras är det av stor vikt att den fungerar effektivt för att resultaten för klienterna ska bli så goda som möjligt (Johnson, Richert & Svensson, 2017).

Pettersson och Karlson (2008) genomförde med start 2006 ett samverkansprojekt mellan beroendesjukvård och socialtjänst i Göteborg. Detta mot bakgrund av en bristfällig vårdkedja samt en explosionsartad ökning av heroinmissbruk i staden, vilket hade lett till långa kötider

för LARO och att människor for otroligt illa medan de köade. Projektet fick i uppdrag att undersöka vilka förutsättningar för samverkan som fanns samt komma med förslag på gemensamma arbetsformer. Det påbörjades med andra ord som ett steg i att förbättra samverkan mellan beroendesjukvård och socialtjänst och med det uttalade syftet att utveckla vården för personer med opiatmissbruk.

Petersson och Karlson (2008) besökte och talade med personal inom både socialtjänsten, den kommunala narkomanvården och beroendesjukvården på substitutionsmottagningarna. Under projektets gång framkom att det förelåg ett flertal hinder för samverkan. Personalens varierande kunskapsnivå om de respektive verksamheternas arbete och ansvarsområden samt om LARO som behandlingsmodell utgjorde exempel på sådana hinder.

En skriftlig plan för en bättre fungerande vårdkedja skapades och i denna framkom bland annat att det fanns ett behov av nya resurser. De eftersökta resurserna framfördes i form av två socialsekreterare placerade på beroendekliniken som skulle ingå i ett gemensamt team och utgöra representanter för stadens stadsdelar. Målet med detta var att det skulle underlätta samverkan, minska splittring mellan de olika aktörerna och därmed även vara resurseffektivt. Petersson och Karlson (2008) diskuterade flera andra utvecklingsmöjligheter, däribland insatser gällande boende, sysselsättning, aktivitetshus för en meningsfull vardag samt tillgång till samtalsbehandling för klienterna.

Johnson (2011) genomförde utvärdering av ett samverkansprojekt mellan socialtjänsten och beroendevården i Jönköping, gällande personer med LARO. Samverkansprojektet hade till en början en inriktning på en grupp av särskilt vårdkrävande patienter, där syftet var att förbättra samverkan kring dessa för att undvika att de skrevs ut från sin LARO. Inriktningen ändrades dock efterhand under projektets gång till att bli mer generell. Syftet blev även att förbättra kommunikationen mellan parterna för att uppnå ett fördjupad samverkan gällande personer med LARO.

Johnson (2011) genomförde utvärderingen som en kombinerad måluppfyllelse- och intressentutvärdering genom att dels undersöka samverkansprojektets mål att minska utskrivningar och förbättra samverkan, dels undersöka de olika aktörernas åsikter om denna samverkan. Han intervjuade de aktörer som samverkade - LARO-personal, socialsekreterare och behandlare inom socialtjänsten - för att få en bild av deras syn på samverkan. Han intervjuade även patienter i LARO, som var föremål för samverkan, för att höra deras åsikter om de insatser de fått.

Det Johnson (2011) kom fram till var att antalet utskrivningar ur behandlingen låg på en över tid konstant låg nivå - målet om minskade antal utskrivningar hade därmed inte uppfyllts. När det kom till aktörernas upplevelser av hur samverkan fungerade kom han i utvärderingen fram till att personalen, både inom beroendevården och socialtjänsten, var eniga om att samverkan i det stora hela fungerade väl och utan några större problem. Båda parter ansåg att det fanns en ömsesidig respekt för deras olika kunskaper och erfarenheter och de personliga relationerna var goda. Däremot fanns olika synsätt på själva samverkansprojektet som sådant. Socialtjänstpersonal var överlag nöjd medan personal inom beroendevården var mindre nöjda och hellre skulle velat se en mer genomgripande förändring.



## 5. METOD

I detta metodavsnitt redogör vi för vårt val av metod, vilken ansats vi valt, det urval vi gjort och vilka avgränsningar vi har. Vi beskriver även hur vi gått tillväga under processens gång, våra tankar kring validitet och reliabilitet samt vilka etiska överväganden vi gjort.

### 5.1 Val av metod - en kvalitativ ansats

Vi valde att använda oss av en kvalitativ ansats i form av intervjuer för vår uppsats. Intervju är en mellanmänsklig datainsamlingsteknik som innebär att vi har interagerat med våra informanter, där vi påverkade och påverkades av de vi mötte (Aspers, 2011). En kvalitativ ansats anses vara passande när man, som vi gjorde, undersöker en miljö och ett forskningsproblem som är obekant för en. Valet grundades därmed i dess gynnsamhet för att kunna uppnå uppsatsens syfte att undersöka enskildas subjektiva upplevelser. Med kvalitativ ansats förses nämligen informanten med möjlighet att framföra sina egna tankar, uppfattningar och åsikter (Bryman, 2011).

En begränsning med att välja en kvalitativ ansats är att vi, som forskare, lever i samma sociala värld och använder samma språk som våra informanter. Detta kan riskera att resultera i att en språkmässig- och analytisk distans inte kan uppnås i samma mån som det skulle kunna om vi istället valt att anta en kvantitativ ansats. Förförståelsen som detta innebär kan alltså på samma gång innebära en resurs, samtidigt som den kan bredda väg för missförstånd. Risk för att vår förförståelse och våra egna värderingar skulle ta överhand existerade ständigt under intervjuerna (Bryman, 2011).

En begränsning med intervju är att det som intervjuare inte är självklart att man förstår vad den intervjuade menar. Risken för att missförstånd ska ske kan däremot minskas genom att ställa öppna följdfrågor som byggs på det aktuella samtalets logik vilket vi under intervjutillfällena strävat efter att göra. Då vi inför och under intervjuerna var medvetna om denna risk anser vi, utifrån vårt syfte och våra frågeställningar, att kvalitativ ansats och intervjuer var lämpligast. Den kvalitativa ansatsens förtjänster övervägde med andra ord dess begränsningar (Aspers, 2011).

### 5.2 Urval

Totalundersökning var i vårt fall inte tidsmässigt möjligt, vilket innebär att ett urval har behövt göras (Rosengren & Arvidson, 2002; Aspers, 2011). Vilka urvalsprinciper som är lämpligast beror på det forskningsintresse och syfte man har. Vi har haft ett utforskande forskningsintresse och var intresserade av den så kallade "osynliga egenskapen" erfarenhet. Detta kompletterat med att uppsatsen syftar till att undersöka subjektiva upplevelser av samverkan gjorde att vi valde att intervjua (Aspers, 2011).

Gällande vem som ska intervjuas skriver Rosengren & Arvidson (2002) att det snarare handlar om att göra ett val av studieobjekt än ett urval. Valet av studieobjekt i denna uppsats blev socialsekreterare och sektionschefer i Malmö inom individ- och familjeomsorgen, enhet vuxna inom ämnesområdet behandling av drog- och alkoholproblematik. Just staden Malmö valdes dels på grund av praktiska skäl (närhet), men även för att det finns många LARO-mottagningar i staden och därmed en möjlighet för klienterna att utnyttja sitt vårdval.

För att vi skulle kunna uppnå uppsatsens syfte hade vi som urvalskriterium att informanterna skulle ha arbetat både före och efter införandet av vårdval LARO i april 2014 samt ha haft kontakt med LARO-klienter inom ramen för sin tjänst. Detta då dessa personer besitter specifika kunskaper om de likheter och skillnader som kan tänkas finnas före och efter införandet av vårdvalet. Dessa kunskaper är av stor vikt för uppsatsen och kan inte införskaffas på annat sätt (Aspers, 2011). Dessa informanter kunde därför kvalificeras som de

som hade mest att bidra med och var därmed informationsrika. Urvalskriterierna innebär samtidigt att många annars tänkbara informanter har fallit bort.

Vi valde att intervjua två socialsekreterare och en sektionschef från varje utvalt stadsområde eftersom vi föreställde oss att socialsekreterare och chefer som har olika yrkesroller och arbetsuppgifter kan ha olika infallsvinklar. Vi planerade även på denna grund att göra individuella intervjuer med förhoppning om att samtliga då skulle känna sig trygga i att våga uttrycka sina egna upplevelser kring samverkansfrågan. I praktiken blev det som vi planerat med undantag för ett stadsområde där vi endast intervjuade en sektionschef och en socialsekreterare.

Lisa Andersson tilldelade oss tre av fem stadsområden att kontakta, varpå sektionscheferna valde ut vilka socialsekreterare som skulle komma att intervjuas utifrån det kriterium vi ställt. De tre stadsområdena Söder, Väster och Innerstaden valdes utifrån tillgängligheten av informanter som uppfyllde våra kriterier. Med detta som utgångspunkt har vi gjort ett bekvämlighetsurval för vår uppsats. För vårt syfte och våra frågeställningar skulle detta kunna innebära en brist i form av att spridningen av olika informanter gällande faktorer som kön, utbildningsnivå, ålder, etnicitet och social bakgrund troligen inte blir lika stor. Därmed skulle svaren troligen inte heller bli nyanserade i samma mån som de skulle kunna vara om vi haft möjligheten att mer fritt välja informanter (Rosengren & Arvidson, 2002). Det går dock inte, av ovan nämnd förklaring, att bortse från det faktum att informanterna måste ha arbetat både innan och efter vårdvalets införande samt ha haft LARO-klienter på sin tjänst för att uppsatsen ska kunna uppnå sitt syfte.

### **5.3 Semistrukturerad intervju**

Vi har valt att använda oss av en semistrukturerad intervjuform. Detta då denna intervjuform förser informanten med frihet att själv formulera sina svar, utan att vara bundna till fasta svarsalternativ. Semistrukturerade intervjuer kännetecknas av en början med öppna frågor som under samtalsgången övergår till att bli mer detaljerade (Rosengren & Arvidson, 2002). Bryman (2011) tillägger att ordningsföljden på frågorna kan variera. Tanken med en semistrukturerad intervjuform är att informanterna ska känna sig bekväma i situationen, för att ett så naturligt samtal som möjligt ska kunna uppstå.

Vi skapade i enlighet med Rosengren & Arvidsons (2002) och Brymans (2011) beskrivningar en intervjuguide där varje tema börjar med en öppen och allmänt formulerad fråga, som följs av mer detaljerade följdfrågor som vi i intervjuerna ställde i de fall då informanten inte själv redan kommit in på och besvarat det vi eftersökte (se bilaga 1). Den tematiska intervjuguidens frågor utgår från uppsatsens frågeställningar (Widerberg, 2002). Intervjuguiden är indelad i åtta teman. De teman intervjuguiden består av är socialtjänst, informanternas generella uppfattningar om vårdvalsreformen, tillgänglighet, utskrivning från LARO, användningen av Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall för klienter med LARO, alternativa behandlingar, samverkan samt informanternas övriga upplevelser.

### **5.4 Tillvägagångssätt**

Vi började med att kontakta sektionscheferna för de utvalda stadsområdena i Malmö. Detta för att få tillstånd och tillträde till informanter, det vill säga dels de själva och dels de socialsekreterare som skulle komma att vara aktuella. Efter att tillstånd givits bokades de individuella intervjuerna in. Vår ursprungliga tanke var som vi nämnde ovan att intervjua en sektionschef och två socialsekreterare inom de tre utvalda stadsområdena. Detta var möjligt på två av tre stadsområden, på det tredje fanns som sagt endast möjlighet till intervju med en sektionschef och en socialsekreterare. Vi genomförde samtliga intervjuer i respektive stadsområdes socialtjänsts lokaler.

De individuella intervjuerna tog 30-60 minuter per informant. Ordningsföljden av temana kunde variera under intervjun, beroende på vilket spår informantens svar ledde oss in på. Detta då vi strävade efter att intervjuerna skulle vara en så naturlig dialog som under förutsättningarna var möjligt. Inom varje tema hade vi som sagt följdfrågor vilka vi ställde i olika mån beroende på informantens svar. Vid vissa tillfällen under intervjuerna upplevde vi att det fanns ett behov att tydliggöra våra frågor. Vi tydliggjorde då genom att omformulera frågorna och exemplifiera.

Under intervjuerna tog vi hjälp av en diktafon som spelade in samtalet åt oss (Rosengren & Arvidson, 2002). Genomförandet av intervjuerna upplevde vi fungerade väl. En iakttagelse vi gjorde var dock att intervjuerna kunde skilja sig från person till person. Somliga informanter gav mer utvecklade svar som ofta försedde oss med svar på våra i förväg nedskrivna följdfrågor, medan vi till andra uttryckligen ställde följdfrågorna för att få ett utvecklat svar även från dem. Trots detta var vår uppfattning, efter att samtliga intervjuer genomförts, att informanterna i mångt och mycket hade likvärdiga och jämförbara upplevelser. För att i senare skede kunna analysera och tolka det inspelade materialet mer konkret och noggrant transkriberade vi samtliga intervjuer ordagrant (Aspers, 2011).

## **5.5 Analyismetod**

Nästföljande steg i bearbetningen var att analysera vårt material. Utifrån vår text ville vi få fram mönster och andra särskilda iakttagelser vi sett. När en kvalitativ analys görs är den tematiska analysen ett av de vanligaste sätten att ta sig an detta på, vilken vi även valde att göra. Sökande efter teman är här centralt. Enligt den tematiska analysen ska man hålla uppsikt efter återkommande teman, så kallade repetitioner, och hur teman kan diskuteras av intervjupersonerna på olika vis, så kallade likheter och skillnader. Det finns olika åsikter om vad ett tema är, somliga menar att ett tema mer eller mindre är detsamma som en kod medan ett tema för andra består av en grupp av koder. Vi ser ett tema som en grupp koder. För att få fram och identifiera ett tema krävs noggrann läsning av sitt insamlade material, därför började vi med att läsa genom de transkriberade intervjuerna löpande (Bryman, 2011).

Ur texterna valde vi sedan ut meningar och nyckelord från intervjuerna, till en början gjorde vi detta enbart utifrån våra förbestämda koder - intervjuguidens teman. Vi citerade även informanterna då vi såg en tydlig koppling mellan deras utsagor och våra teman och frågeställningar, likaså kopplingar till tidigare forskning och teori. Därefter läste vi samtliga transkriberade intervjuer ytterligare en gång för att se om det gick att urskilja fler mönster och därmed koder ur materialet (Rosengren & Arvidson, 2002). Vi uppmärksammade då speciellt ytterligare ett tema utöver de förbestämda. Detta tema handlade om informanternas önsksningar och förslag till förbättring av samverkan, där det i huvudsak rörde huvudmannaskapsfrågan för missbruks- och beroendevård.

## **5.6 Validitet och reliabilitet eller tillförlitlighet och generaliserbarhet?**

Det är omdiskuterat om begreppen validitet och reliabilitet är användbara när det kommer till kvalitativa studier som denna. För att läsaren ska få möjlighet att skapa sig en egen uppfattning har vi trots detta valt att förklara dessa begrepp i korthet. Vi kommer därefter att redogöra för de alternativa begreppen tillförlitlighet och generaliserbarhet som vi anser vara mer tillämpbara i vårt fall (Bryman, 2011).

Hög validitet innebär att man mätt det man i studiens frågeställningar och syfte ger uttryck för att man ska mäta. Vi hade som syfte att mäta sektionschefers och socialsekreterares upplevelse av samverkan med olika LARO-mottagningar i Skåne. Hög reliabilitet innebär att studien ska kunna replikeras och då få ett snarlikt resultat som ens eget. Frågan i vårt fall gäller huruvida det är möjligt att mäta subjektiva upplevelser samt om det, med tanke på att

den sociala verkligheten är i en ständig förändringsprocess, går att replikera vår uppsats vid ett senare tillfälle med andra informanter, och få ett resultat som är jämförbart med vårt. Det finns en allmän kritik mot dessa begrepp när det kommer till kvalitativa studier. Ett exempel är att hög validitet förutsätter hög reliabilitet och då det kanske inte är möjligt att uppnå hög reliabilitet går det inte heller att uppnå hög validitet, vilket gör begreppen irrelevanta (Bryman, 2011).

Ett av de alternativa begreppen, tillförlitlighet, innefattar fyra olika delar. Dessa är trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och möjlighet att styrka och konfirmera. Trovärdighet handlar om att det kvalitativa materialet inhämtas på ett acceptabelt sätt, det vill säga i enlighet med de angivna regler som finns för detta. Innan studien färdigställs ska även de som deltagit som informanter i studien ta del av resultatet för att bekräfta studiens trovärdighet. För att säkerställa trovärdigheten i vår uppsats har vi därför valt att mejla ut uppsatsen i sin helhet till samtliga informanter, för att ge dem möjlighet att kommentera vår analys. Nästa del i tillförlitligheten, överförbarhet, handlar om att man i kvalitativa studier ska sträva efter att producera fylliga och täta beskrivningar av det som studeras för att andra ska kunna bedöma resultatens överförbarhet till en annan kontext. Vi har därför, i syfte att uppnå denna del, även strävat efter att förse läsaren med mycket information om materialet för att erhålla en så tät beskrivning som möjligt. För att vår uppsats ska uppfylla pålitligheten har vi redogjort fullständigt för alla processens faser och har under processens gång även haft stöd från handledare, som löpande har kunnat granska vårt arbetssätt. När det kommer till den sista delen av tillförlitlighet, möjligheten att styrka och konfirmera, har det varit upp till oss själva att sätta våra personliga värderingar och vår tanke om eventuell teoretisk inriktning åt sidan för att våra resultat inte skulle färgas av detta (Bryman, 2011).

När det kommer till kvalitativa studier är det ofta svårt att generalisera resultaten till en annan miljö eller sammanhang. Vårt resultat kan knappast inte generaliseras utanför Malmös gränser. Då vi har intervjuat åtta personer inom socialtjänsten är dessa inte representativa för alla verksamma inom socialtjänst. Denna uppsats syftar dock inte heller till detta, utan ska snarare ses som en indikation till en första bild av vad införandet av vårdval LARO inneburit för samverkan mellan socialtjänst och LARO-mottagningar. Metoden vi valt borde kunna ge en god grund att säga något om det vi faktiskt studerat (Bryman, 2011).

## **5.7 Etiska överväganden**

Vår uppsats är, som tidigare nämnts, del i ett större forskningsprojekt. Detta forskningsprojekt har i sin helhet redan fått ett godkännande genom en etisk prövning vid Regionala etikprövningsnämnden i Lund (dnr 2014/547).

Denna uppsats har, som också tidigare nämnts, en kvalitativ ansats och vi har som datainsamlingsmetod genomfört intervjuer. Detta har inneburit att människor, våra informanter, blivit föremål för forskning. För att säkerställa att vår uppsats är etiskt försvarbar har vi behövt göra vissa etiska överväganden (Forsman, 1997). Det ligger nämligen på vårt ansvar att ingen kommer till skada som konsekvens av uppsatsen (Levin, 2008).

För att säkerställa detta har vi tagit hänsyn till de forskningsetiska principer som berör frivillighet, information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande. Vid första skriftliga kontakt med sektionscheferna, i sökandet efter informanter, informerades vi om vår uppsats samt det större forskningsprojekt som den är en del i. Vi informerades även i samband med detta att deltagandet var frivilligt. På detta sätt tog vi hänsyn till dels informationskravet och det frivilliga deltagandet. Genom att sektionscheferna gav oss ett positivt gensvar där de skriftligen meddelade att de, samt någon eller några socialsekreterare, var villiga att ställa upp på intervju uppfylldes samtyckeskravet. För att säkerställa att informationen nått samtliga

informeranter började vi varje intervju med att informera om vår uppsats och dess syfte. I samband med detta förklarade vi även att de som informanter i uppsatsen kommer vara anonyma och att det som framkommer i intervjun kommer att behandlas med största möjliga konfidentialitet. Konfidentialiteten och anonymiteten tar vi hänsyn till genom att förvara de inspelade intervjuerna i ett tryggt förvar, oåtkomligt för utomstående att komma åt. Vi kommer endast använda de framkomna uppgifterna för detta forskningsändamål och avser att, när forskningsprojektet har nått sitt slut, radera de inspelade ljudfilerna. På så sätt uppnår vi även nyttjandekravet (Bryman, 2011).

Andersson och Swärd (2008) samt Johansson och Öberg (2008) betonar vikten av att vara källkritisk, självkritisk och reflekterande genom hela uppsatsens process och i alla val som görs, vilket vi ständigt haft i åtanke i arbetet med denna uppsats.

## **6. RESULTAT**

I detta avsnitt redogör vi för de resultat vi fått genom intervjuerna. De olika temana redogörs inte för i samma ordningsföljd som i intervjuguiden, men samtliga är representerade i form av rubrik alternativt underrubrik. Vid bearbetning av intervjuerna framkom ytterligare ett tema som vi benämner som informanternas förslag till förbättring av samverkan med LARO-mottagningarna.

De teman vi har, och som i detta avsnitt kommer redogöras för, är därmed: informanternas generella uppfattningar om vårdvalsreformen, individers tillgänglighet till LARO, utskrivning från LARO, informanternas upplevelser av socialtjänstens roll i samband med LARO, alternativa behandlingar till LARO, informanternas upplevelser av LVM i samband med LARO, informanternas upplevelse av samverkan med LARO-mottagningarna, informanternas förslag till förbättring av samverkan med LARO-mottagningarna, informanternas upplevelse av samordnad individuell plan i samband med LARO samt informanternas övriga upplevelser.

Vi kommer i presentationen av resultatet nedan benämna våra informanter med två unika nummerkombinationer där det första numret representerar det stadsområde de verkar inom och det andra i vilken turordning de intervjuats.

### **6.1 Informanternas generella uppfattningar om vårdvalsreformen**

Vårdvalet är ett av de mest centrala begreppen i denna uppsats. I detta delavsnitt framför vi informanternas uppfattningar om införandet av vårdval LARO och dess effekter. Vi har valt att lägga fokus på vad vårdvalet är och vilka förändringar det har inneburit, dels för socialtjänsten och dels för klienterna. Ur detta fokusområde är tillgänglighet och utskrivning två delbegrepp som nedan kommer presenteras under två underrubriker. Vi börjar med att sammanföra informanternas beskrivningar av hur situationen med LARO såg ut innan vårdvalet infördes för att sedan övergå i hur denna ser ut idag.

Det är en enhetlig bild som framkommer från intervjuerna, samtliga informanter beskriver mer eller mindre uttalat hur det före införandet av vårdvalet var långa väntetider till LARO. Det framkommer att det i vissa fall kunde röra sig om två års väntetid för att få tillträde, informant 1:2 uttrycker det tydligt och tillägger sin synpunkt på detta så här:

Det positiva med vårdvalet är ju att det var nödvändigt ur alla aspekter tänker jag, framför allt det mänskliga. Detta är en målgrupp som far väldigt illa och under många, många år inte fått i närhet av den vården som de har rätt till att få /.../. Det är tufft överallt inom regionen och många drabbas men detta är en målgrupp som alltid satts åt sidan, det finns ingen annan där man backar några år där det är försvarbart att ha kötid på två år för en behandling där läkare

snabbt kan bedöma att du behöver den här medicinen för att du ska överleva.  
Att få vänta i två år på en livsviktig medicin är inte försvarbart.

Tillgänglighetsfrågan kommer vi återkomma till mer i detalj senare. Informanterna lyfte dock även fram andra förändringar som de upplevde att införandet av vårdvalet hade medfört.

Ett par viktiga förändringar som är kopplade till de långa köerna till behandlingen tas upp. Avvecklandet av spärrtiden är en av dem. Spärrtid innebar, som vi nämnde i teoriavsnittet, att man inte kunde påbörja eller ens söka ny LARO, om man skrevs ut, förrän en viss tid senare. Flera av informanterna påpekar att människor fruktansvärt nog dog i väntan på medicin.

Uppfattningar om att LARO-mottagningarna förr kunde vara mer restriktiva till om en klient skulle få behandling genom dem eller inte framkommer även. Informant 2:2 menar att det tidigare kändes mer reglerat och refererar till att det krävdes ett dokumenterat missbruk under ett visst antal år, att det specifikt skulle vara ett injektionsmissbruk och man skulle ha provat andra behandlingar först. LARO skulle vara den sista utvägen. Om klienten dessutom fått LARO tidigare beskriver informant 1:3 det som att mottagningarna kunde vara skeptiska till att det skulle fungera den här gången. Därav fick klienten "sälja in sig" för att få tillgång till behandlingen, medan det idag har blivit motsatta roller, istället är det nu mottagningarna som behöver "sälja in sig". Informant 1:3 beskriver det som att "makten har flyttats, det kanske är naivt att tro att den helt ligger på klienterna nu men den har ju flyttats från att tidigare ganska helt ligga på LARO-mottagningarna så ligger den någonstans mitt emellan nu". Vidare framkommer det att informanterna uppfattar att ett kundfokus (mottagningarna värnar om att få nya klienter samt hålla kvar de som redan är inskrivna) har etablerats där det nu är intressant att inkludera klienterna i sin behandling, vilket även är det socialtjänsten i många år önskat borde finnas.

Dagens mottagningar i Malmö tillkom efterhand, även innan vårdvalet, vilket flertalet informanter framhäver. Dock har möjligheten att fritt kunna byta mellan dessa mottagningar och övriga mottagningar i Skåne, såväl de privata som regionens, tillkommit i och med införandet av vårdvalet. Informanternas uppfattning om de olika LARO-mottagningarna skiljer sig åt, somliga kunde eller ville inte diskutera de olika LARO-mottagningarna, medan andra delade med sig av sina egna upplevelser.

Somliga av informanterna ser skillnader mellan hur regionens respektive de privata alternativen profilerar sig. Regionen tycks inte profilera sig så mycket utan gör mest som de alltid gjort och förser sina klienter med olika utbyggda psykosociala stöd. På somliga av de regionala mottagningarna är det psykosociala stödet så underutbyggt att det endast uppfattas som en medicinutdelning. Så är även fallet bland några av de privata. Uppfattningen är att vissa bara delar ut mediciner, medan andra erbjuder ganska mycket mer, så som KBT-utbildad personal, social färdighetsträning och kurser i hur man kan hantera sin ångest. Informant 1:3 sammanfattar sin bild som att "de privata har mer insatser att erbjuda medan regionen är mer fast i att dela ut mediciner och kalla till möte när det krisar".

Två av informanterna uppfattar att regionens LARO-mottagningar generellt sett är mer fyrkantiga än de privata. De menar att somliga av de privata ibland tillåter mer eller mindre sidomissbruk (fortsatt missbruk av illegal eller legal narkotika under pågående LARO) och uttrycker vidare att en specifik mottagning profilerar sig med en frikostighet av förskrivningar av bensodiazepiner.<sup>4</sup> Detta i sig kan leda till att mottagningen ses som mer populär. Det gäller

---

<sup>4</sup> Bensodiazepiner är en grupp av lugnande medel. Preparaten verkar dämpande och lugnande och har i vissa avseenden effekter som är likartade med opioider. Likheten gör att bensodiazepiner uppskattas av många som

dock inte samtliga klienter, vilket informant 1:1 är noga med att betona, utan troligast för de som känner att de inte riktigt får det de behöver av metadonet/buprenorfinet. Samma informant säger att det för dessa blir ”lätt att få det på recept så har du i alla fall lite av din dos på recept och så kan du handla lite mindre. Sen kan man ju då tycka att det är att knarka på statens bekostnad, och ja, det är det kanske”.

Informant 2:1 instämmer i att denna mottagning kan ses som mer populär än andra och tillägger åsikten att detta kan vara problematiskt och tycker sig se följande tendenser:

Jag tycker att de legaliserar ett sidomissbruk mer eller mindre som blir försvårande för dem många gånger kring att upprätthålla en struktur och i förlängningen själva substitutionsbehandlingen /.../. Det gör att missbruket också ökar i en annan omfattning.

Informant 1:2 menar att vårdvalet släppt in en del oseriösa aktörer, vilka upplevs sakna tillräcklig kompetens. Vidare upplever informanten att det är lättare att komma in i behandling hos dessa aktörer, vilket gör att många med omfattande sidomissbruk får en plats fast LARO kanske egentligen inte är vad de behöver. Koppling till de oseriösa aktörerna görs med tanke på att mottagningarna har ekonomiska skäl att söka locka så många klienter som möjligt till sin mottagning. Detta anses dock svårt att komma ifrån.

Sammanfattningsvis är informanterna överlag eniga om att fördelarna med införandet av vårdval LARO överväger nackdelarna. Informanterna lyfter främst fram valfriheten och den ökade tillgängligheten för klienterna. Tillgängligheten kommer här nedan tas upp mer grundligt, därefter följer ett kort avsnitt om utskrivning.

### *6.1.1 Individens tillgång till LARO*

Här beskrivs informanternas syn på hur tillgängligheten till LARO ser ut och hur den sett ut tidigare. Samtliga informanter upplever en förändring i tillgängligheten till LARO. Tillgängligheten har gått från att vara så bristfällig att personer dog under långa kötider, till att nu alla behöriga som söker behandlingen kan få den snabbt. Huruvida förändringen har att göra med införandet av vårdval LARO är dock oklart. Flera informanter uttrycker en osäkerhet kring när tillgängligheten förbättrades och vad som låg till grund för detta, men många menar att förändringen påbörjades redan innan vårdvalets införande och utvecklades successivt.

En regelmässig förändring som gjordes för antagning till LARO (Socialstyrelsens nya föreskrifter från 2015 som började gälla 2016) tas upp och det spekuleras kring om denna skulle kunna ha haft en påverkan för den ökade tillgängligheten samtidigt som vårdvalets införande i sig också varit en bidragande faktor. Detta medförde fler aktörer och därmed även fler behandlingsplatser. Tillgängligheten, i alla fall i Malmö, är enligt informanterna mycket god.

Att klienterna kommer in i LARO fort är något som är en genomgående uppfattning bland informanterna. Av de som gjort en uppskattning om hur lång tid det rör sig om skiljer sig siffran dock något åt, alltifrån ett par dagar till närmare en månads tid. Det betonas att LARO-mottagningarna själva har bättre koll på denna fråga, men att det förmodligen tar olika lång tid för olika klienter och att det påverkas av inskrivningssamtal, läkartider och liknande. Intrycket informant 3:2 har är att det nu går mycket snabbt vid en jämförelse med hur det tidigare har varit. Informanten tillägger upplevelsen av att det nu flyter på mycket smidigare,

---

föredrar heroin/opioider, vilket gör att många LARO-klienter har problem med just denna typ av preparat (Johnson, Richert & Svensson, 2017).

att socialtjänsten inte behövs lika mycket och att det inte finns samma frustration från klienternas sida.

Det framkommer även ett par negativa aspekter av den ökade tillgängligheten, nämligen ökade kostnader för socialtjänsten och den unga åldern på vissa LARO-klienter. Informant 3:1 ansåg att det var mer kostnadseffektivt förr, när socialtjänsten kunde bevilja medicinsk och psykosocial behandling inom öppenvården. Idag, när klienterna har full tillgång till LARO-mottagningarna, kostar klienterna socialtjänsten mer pengar än de gjorde tidigare. Informant 3:1 förklarar detta på följande vis:

Då kunde vi placera dem i öppenvård och det gick väldigt bra för många. Vi köpte in hela behandlingen själv, det kostade omkring 1000 kr/dygn. Och jag menar en behandlingsplats som vi får betala idag det är mellan 2000-3000 kr/dygn. Så vi kunde hålla dem där ett halvår, nio månader, innan de fick komma in i själva LARO-mottagningarna.

Kostnaderna för öppenvårdsplatserna var billigare än vad platserna i behandlingshem som tillåter pågående substitutionsbehandling är, därav de ökade utgifterna.

Det råder en viss tveksamhet bland några av informanterna till om den ökade tillgängligheten är bra i längden för alla klienter. Tillgängligheten till LARO anses av dessa informanter vara för lättvindig och ett exempel som tas upp är en nittonårig tjej som hade hållit på med heroin ett tag utan att ha genomgått någon som helst behandling utöver tvångsvård i sin ungdom. Hon valde mellan att påbörja tolvstegsbehandling<sup>5</sup> eller LARO och beslöt sig till slut för att skriva in sig på en LARO-mottagning. Utfallet blev inte lyckat utan det uttrycks att hon fastnat i hjulet med substitutionsbehandling som ofta är livslång och man undrar hur utfallet hade blivit om tjejen hade valt tolvstegsbehandling istället.

Att unga människor i tjugooårsåldern direkt kan påbörja en LARO utan att ha testat några andra alternativa behandlingar först är inte omtyckt av en del informanter. Detta med anledning att medicinen uppfattas utgöra ett fortsatt beroende och att sidomissbruk ofta är förekommande. Det finns en tanke hos vissa informanter om att dessa unga personer skulle ha kunnat bli missbruksfria om de provat alternativa behandlingar först. En informant anser att det borde finnas en skillnad mellan unga och äldre individer när det gäller tillgängligheten till LARO. Detta för att de är i olika skeden i livet, där det i vissa lägen kan vara rimligt att ha en högre tolerans från mottagningens sida än i andra.

Sammanfattningsvis kan vi se att samtliga informanter beskriver en ökning av tillgängligheten till LARO. Merparten av informanterna är även överens om att den ökade tillgängligheten har inneburit en stor fördel för klienterna, medan andra även ser vissa nackdelar.

### *6.1.2 Byte av LARO-mottagning*

Informant 3:3 berättar att det finns klienter som ibland byter mottagning. Informanten upplever att skälen till bytena är fler än bara när klienten inte kommer överens med personalen. Det kan vara så att klienten har närmare till en mottagning än en annan eller rent av att klienten vill komma längre hemifrån för att skapa en distans från sitt bostadsområde. Informanternas upplevelser av i vilken omfattning klienterna byter LARO-mottagning är varierande.

---

<sup>5</sup> Tolvstegsbehandling är en medicinfri behandling som innehåller olika steg som klienten går igenom. Behandlingen innefattar bland annat gruppsamtal där syftet är att klienterna ska möta och känna igen sig i det som andra individer berättar och på så vis få en insikt om sitt beroende (Johnsson m.fl., kommande, 2017).



Somliga uppger att byten sker ofta medan andra uppfattar att de sker mer sällan. Informant 2:1 tillhör dem som menar att byte av mottagning sker relativt ofta. Då det nu inte är någon väntetid blir de snabbt inskrivna på en ny mottagning, oavsett om bytet grundas i att de blivit utskrivna eller själva valt att byta på grund av missnöje. Byte kan alltså ske antingen av egen vilja, eller på grund av ofrivillig utskrivning. Informant 2:2 är en av de som upplever att byten inte sker särskilt ofta och grundar detta i sin upplevelse av att mottagningarna gärna håller kvar sina klienter länge. En annan informant anser att det är bra att byta mottagning om en klient under en längre tid funderar på ett byte.

### 6.1.3 Utskrivning från LARO

Tidigare krävde Socialstyrelsen genom föreskrifter (SOSFS 2009:27 och tidigare SOSFS 2004:8) att ofrivillig utskrivning skulle ske vid några olika situationer, men de kraven togs bort när nya föreskrifter började gälla 2016. Att utskrivningskriterierna togs bort var en bekräftelse av en trend som varat under ett antal år, där LARO-mottagningarna på många håll i landet blivit mer ”symptomtoleranta” och mindre benägna att skriva ut patienter mot deras vilja (Socialstyrelsen, 2015). Detta delavsnitt börjar med en sammanfattning av informanternas erfarenheter av utskrivningar från LARO-mottagningar och fortsätter därefter med informanternas egna åsikter kring utskrivning.

Det uppges några anledningar till varför en klient kan bli utskriven, vilka är om klienten under en längre tid haft ett omfattande sidomissbruk, om klienten konsekvent vägrat ta emot insatser socialtjänsten erbjudit eller om klienten tagit emot dessa men att de inte har hjälpt. Sammantaget delar informanterna erfarenheter när det gäller klienters utskrivningar från LARO-mottagningar, de uttrycker att det tidigare var betydligt lättare att bli utskriven från behandlingen än det är idag.

Majoriteten av informanterna uttrycker att det är svårt att uppskatta i vilken omfattning klienter skrivs ut och många av informanterna är eniga om att klienterna efter en utskrivning ofta söker sig till en annan LARO-mottagning. Informant 1:3 vidareutvecklar detta och förklarar att det i dagsläget går att skrivas ut och in på samma dag, vilket man inte kunde innan spärrtiden avvecklades.

En beskrivning av att mottagningarna håller sina klienter hos sig mycket längre idag än de gjorde förr, trots återfall och dylikt, görs av flera informanter. Detta anser informant 1:1 vara rätt, utifrån uppfattningen att substitutionsbehandling bör vara livslång för de flesta, oavsett återfall eller inte. Kopplingar till tidigare erfarenheter görs där bland annat informanten berättade att samtliga informantens utskrivna klienter direkt återfallit i opioidmissbruk. Att det blivit svårare att bli utskriven ses som ett tecken på att Sverige och LARO-mottagningarna går mer mot harm reduction. Harm reduction är ett annat ord för skademinimering eller skadebegränsning. Det är en drogpolitisk strategi som syftar till att minska/förebygga skadorna som drogerna kan ge istället för att fokus ligger på att minska användandet av drogerna (Johnson, Richert & Svensson, 2017). Samma informant gör tillägget:

När det gäller det med harm reduction så tycker jag vi har lite konstig syn här i Sverige. Vi har någon form av nolltolerans mot narkotika men det funkar ju sådär, det funkar ju inte alls, det ser ju alla, men man kanske inte ska ha nolltolerans mot narkotika man kanske ska ha nolltolerans mot dödlighet för missbrukare istället. Och där tycker jag inte vi är bra i Sverige jämfört med andra länder.

På följdfrågan hur informanten tänker att man skulle kunna jobba mer mot harm reduction ges svaret:

Danmark är ett bra exempel med det här fixerum<sup>6</sup> till exempel för heroinister. Det tycker jag är någonting som man ska titta på. Man kanske också ska titta på möjligheterna att ha substitutionsbehandling och tillåta viss del utav sidomissbruk på bensodiazepiner utan att det görs så stora grejer utav det. Det är min uppfattning i alla fall /.../ och det är för att rädda liv istället.

Ett par informanter anser att det ska krävas särskilda skäl för att en utskrivning ska kunna ske. Detta då de menar att en utskrivning normalt inte förbättrar situationen för den enskilde. Skälet till att utskrivningar trots detta ska vara möjligt är utifrån ett medicinskt riskperspektiv. Utskrivningar ska helt enkelt kunna ske vid tillfällen då den medicinska risken för klienten med fortsatt substitutionsbehandling inte är försvarbar.

Möjlighet till utskrivning bör vara varierande beroende på vilken klient det är frågan om, menar vissa informanter. Faktorer som ålder och hur länge klienten har haft ett aktivt missbruk anser informant 3:2 spelar roll för om utskrivning bör kunna ske eller inte. En annan infallsvinkel är att det bör vara möjligt med utskrivning efter tillräckligt många misslyckade försök med avgiftning och behandling. Informant 2:2 upplever det som oseriöst, och tror att det gör klienterna en otjänst, att hålla personer kvar i behandling när de har ett sidomissbruk då exempelvis metadon och bensodiazepiner är en farlig kombination. Informant 2:2 uttrycker sig såhär:

Jag tycker nog att det skulle vara lite mer åt som det var förr. Att det ska vara svårare att få och sköter man inte det så åker man ut ur programmet. Jag hade hellre som chef beviljat behandlingarna för någon som hade åkt ut ur programmet, som får behandling för sitt missbruk efteråt, än för någon som är i en sådan behandling och ändå ska ha behandling. Alltså jag tycker det blir lite kontraproduktivt.

Avslutningsvis framförs informant 1:3s åsikter med följande citat:

Det är svårt, jag tänker att detta är en politisk fråga, officiellt är narkotikapolitik som man driver i Sverige en nollvision mot narkotika och allt bruk är missbruk och så vidare och det var så man införde LARO för länge sedan med väldigt mycket hårdare kriterier än vad man har idag. Vi får nog som samhälle bestämma oss var ambitionsnivån är. Är ambitionen att vi ska få folk som ska klippa sig och skaffa sig ett jobb och bli goda skattebetalare då lyckas inte LARO med sitt uppdrag och är man ute efter det ja då får man nog vara ganska frisk på att skriva ut personer ur behandlingen. Har man LARO för att man vill rädda liv, som jag tycker ambitionen bör vara, så ser jag egentligen inte jättevinst med utskrivningarna. Det har ju lite förlorat sin udd nu i och med att spärrtiderna togs bort.

Sammanfattningsvis anses behandlingen ha blivit mer symptomtolerant och informanterna är eniga om att ofrivilliga utskrivningar sker i mycket mindre omfattning än tidigare. Samtidigt råder det delade meningar bland informanterna kring om, och i sådana fall när, utskrivning från LARO bör kunna ske. Somliga anser det vara bättre idag än tidigare medan andra anser precis tvärtom.

---

<sup>6</sup> Fixerum (säkra injektionslokaler) är en plats där personer med drogmissbruk får lov att injicera droger under uppsyn av medicinsk personal (Johnson, Richert & Svensson, 2017).

## 6.2 Informanternas upplevelser av socialtjänstens roll i samband med LARO

Här presenteras resultaten när det gäller våra informanternas roller som socialtjänstpersonal och hur de i sin yrkesroll kommer i kontakt med LARO-klienter. Ärenden inkommer generellt sett till socialtjänsten på två olika sätt, antingen genom en anmälan eller en ansökan. När det gäller LARO-klienter sker anmälan enligt Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). I dessa fall är socialtjänsten skyldig att öppna en utredning. Den vanligaste vägen är dock genom en ansökan om behandling från klienten själv, vilket sker ifrån Socialtjänstlagen och ofta mynnar ut i någon form av behandlingsinsats – antingen på institution eller i öppenvård. Klientens ansökan till socialtjänsten om behandling sker ofta i samarbete med klientens LARO-mottagning.

Majoriteten av informanterna uttrycker att de inte har kontakt med de klienter som är välfungerande i sin LARO, utan det är när det finns ett sidomissbruk som påverkar behandlingen negativt som klienterna kan bli aktuella för socialtjänstens behandlingsinsatser. Informant 3:1 uttrycker detta på följande sätt:

Det vanligaste som jag upplever och hör det är just den här kombinationen av att man är där i LARO men samtidigt så tar man massa bensodiazepiner, man röker lite cannabis /.../. Men det är just det här att de, en del, blir inte rena på sin substitutionsmedicinering och då behöver regionen ha hjälp av kommunen kring den här klienten för att den ska in på behandlingshem, kanske trappas ut snabbt på bensodiazepiner som de har i höga doser.

Vidare framkommer det att socialtjänsten ganska ofta arbetar med LARO-klienter och detta av anledningen att många klienter har återkommande problem med återfall i missbruk. Några av informanterna menar att det ofta handlar om ett missbruk av bensodiazepiner. För detta ansöker de då ofta om att få en institutionsvård i kombination med fortsatt LARO-medicinering. Det är dock få institutionsplatser som tillåter vård i samband med LARO, vilket gör att priset för dessa enstaka platser ökar och därmed vid beviljande av dessa att socialtjänstens kostnader kraftigt stiger.

Något som framkommer i ett par av intervjuerna är att målgruppen klienter med LARO har ökat inom socialtjänstens verksamhet, men det är oklart varför. Flera av informanterna spekulerar i att det skulle kunna bero på att tillgängligheten till LARO har ökat och att fler LARO-klienter därför också kan bli aktuella för socialtjänsten. Informant 3:1 ser den ökade tillgängligheten som en eventuell effekt av vårdvalet, men även som en effekt av en förändrad lagstiftning som gör behandlingen mer lättillgänglig. Med egna ord förklarar informanten det så här:

Och då kan man väl säga att ju fler som kommer in i det systemet ju fler spiller över till oss. Så på så sätt kan jag säga att kombinationer av kanske vårdval men samtidigt också en förändrad lagstiftning gör att det blir fler stycken personer som har substitutionsbehandling vilket ju gör att vi får in fler.

Utöver den ökade tillgängligheten åberopas ytterligare förändringar som skett gradvis under de senaste åren. Förändringarna avseende opiater respektive opioider (den avskaffade opiatregeln, se teoriavsnittet), vilka krav som ställs på dokumenterade beroendeproblem och avvecklandet av spårtiden nämndes.

Den största förändringen informanten 3:2 ser är dock att fler LARO-mottagningar etablerats, vilket inneburit att tillgängligheten ökat. Tidigare när det endast fanns enstaka LARO-mottagningar kunde socialtjänsten från kommunens sida köpa in den medicinska delen i behandlingen från vissa privata aktörer, trots att ansvaret egentligen låg på en annan huvudman, nämligen regionen. Klienter som stod i kö till LARO kunde med andra ord genom

bistånd från socialtjänsten få medicin om socialtjänsten beviljade det. Informant 1:3 betonar att detta blev fallet då kommunen har det yttersta ansvaret. Denna förändring är det även fler av våra informanter som tar upp.

Det framhävs ytterligare en aspekt av situationen där sidomissbruk till LARO förekommer. Informanter lyfter upp att de medicinska preparaten som används i LARO endast hjälper mot opioidberoende. Det hjälper inte mot beroende av andra sorters droger, exempelvis bensodiazepiner som många tycks använda vid sidan av behandlingen. Av den anledningen gör informant 3:3 uppskattningen att det skett en ökning av antalet LARO-klienter som söker sig till socialtjänsten för att få hjälp med sitt sidomissbruk.

### *6.2.1 Alternativa behandlingar till LARO*

Socialtjänsten förser som tidigare nämnts somliga LARO-klienter med ytterligare psykosociala behandlingsinsatser, utöver de som ingår i LARO, dessa benämner vi som alternativa behandlingar. I denna del tar vi upp samspelet mellan LARO och dessa alternativ.

Så här säger informant 3:1 om LARO och socialtjänstens roll:

Det [LARO] är en ren medicinsk behandling, möjligtvis med någon form av stödsamtal som ligger på en kurators ansvar och det som kommunen ska ställa upp med det är ju arbete, bostad och så vidare. Men så ser det ju inte ut alls. Det finns då många klienter som får det att fungera bra som inte vi ser, det finns också ett gäng klienter som fungerar ganska dåligt i LARO-mottagningarna och där man då vill ha våra insatser. Då pratar vi inte om boende, då pratar vi om våra behandlingsinsatser – psykosociala behandlingsinsatser.

Urvalet av behandlingar för personer under pågående LARO är begränsat till ett mindre antal alternativ. Tolvstegsmodellen är ett exempel på psykosocial behandling som sällan går att kombinera med LARO, eftersom svenska tolvstegsbehandlare inte anser att LARO-klienter är drogfria när de står på medicinering.

Vill en person med opioidberoende däremot inte ha LARO finns det flera alternativ att tillgå från socialtjänstens sida. Dessa är bland annat en plats på ett traditionellt behandlingshem, strukturerad öppenvård, tolvstegsmodellen och så vidare. En informant uppfattar det som att det är ovanligt att en klient önskar helt medicinfri behandling, det vill säga utan LARO. Detta är det även ett par till som instämmer i, och som påtalar att de upplevt en stor minskning i antal ansökningar om alternativa, medicinfria behandlingar.

Åter till klienterna som har eller ska påbörja LARO. Flera informanter berättar angående detta att mottagningarna ofta tar upp att klienten, för att få sin substitutionsbehandling, måste bli beviljade behandlingshem under en tid. Mottagningarna ställer med andra ord krav på socialtjänsten att bevilja behandling från deras sida, för att substitutionsbehandling ska kunna bli aktuellt för klienten. Mer om detta senare i avsnittet om samverkan. Informant 2:2 reflekterar över situationen på följande vis:

Man måste jobba kring att hitta vägar för hur man ska stötta de här personerna på rätt sätt. För det är ju inte en rätt stöttning om man är i behandling i fem månader och sedan ändå inte kan vara drogfri när man kommer tillbaka, då tycker jag på något sätt att det är fel insats. Då är det kanske något annat man ska erbjuda, som inte jag vet vad det är, men ja, det är ju allt det här med boende, meningsfull sysselsättning, någon som tror på en och allt det här.

### 6.2.2 Informanternas upplevelser av LVM i samband med LARO

Vi var intresserade av att veta om informanterna såg något samband mellan LVM-anmälningar och LVM-omhändertaganden och införandet av vårdval LARO, helt enkelt om införandet har haft någon påverkan på antalet LVM-fall. En uppskattning av några informanter är att det nu, efter vårdvalets införande och det ökade antalet mottagningar, skett en ökning av antalet klienter med LARO och därför också en ökning av antalet LARO-klienter som blir föremål för anmälan om LVM. En informant menar att dessa siffror följs åt procentuellt – om det är fler LARO-klienter i systemet blir det automatiskt även fler LVM-anmälningar som berör sådana klienter. Vidare förs ett resonemang kring att det också kan bero på de olika LARO-mottagningarnas varierande utbud av psykosocialt stöd och deras ansvariga läkares skilda bedömningar vid eventuell LVM-anmälning.

Informant 3:2 är däremot tveksam till om antalet LVM-anmälningar blivit fler och framhäver att en anmälan till exempel görs i de fall där det händer något akut, som att klienten gör ett självmordsförsök. En anmälan kan även göras i förebyggande syfte, till exempel i fall där klienten är nära en utskrivning och mottagningen är rädda att klienten kommer fara illa. En informant beskriver vidare att LVM-anmälan rutinmässigt sker när en klient blir ofrivilligt utskriven.

Det uttrycks även att det egentligen inte finns skäl till anmälan i alla de LVM-anmälningar som görs, utan att det i somliga fall skulle göras orosanmälan eller en samordnad individuell plan (SIP) istället. En upplevelse är att detta kan vara ett sätt från LARO-mottagningarnas sida att sätta press på socialtjänsten. Informant 2:2 menar att vissa av de som gör anmälningar saknar förståelse för den tids- och kostnadskrävande process en sådan anmälan innebär för socialtjänsten.

Informant 1:2 menar att det är brist i kompetens på somliga LARO-mottagningar som ligger bakom vad informanten uppfattar som felaktiga LVM-anmälningar. För att undvika anmälningar som dessa förklaras det vidare att socialtjänsten försöker ha en löpande dialog med de olika LARO-mottagningarna.

Vidare förklaras att LVM-anmälan kan göras för att få in klienten på behandling genom socialtjänsten för att minska sitt sidomissbruk och på så sätt få ha kvar sin substitutionsbehandling. Om en klient blir omhändertagen enligt LVM finns det nu möjlighet (i och med Socialstyrelsens nya föreskrifter från 2016) att kombinera denna vistelse med fortsatt substitutionsbehandling, vilket inte var möjligt tidigare. Dessa platser är dock få till antalet, vilket innebär att det inte finns möjlighet för alla som omhändertas enligt LVM att kunna kombinera behandlingarna på detta sätt och klienterna tvingas då avbryta sin substitutionsbehandling. Informant 1:1 framför sin åsikt om detta genom att dra följande liknelse:

Jag tänker vilken annan sjuk hade de gjort det med? Hade jag haft diabetes eller cancer och fått göra fängelsevistelse till exempel så hade jag ändå fått ha kvar min medicin, så att det är ganska stora konsekvenser så många utav de här känner sig väldigt jagade och håller sig undan och är rädda när det kommer till den biten. Det måste man också ha respekt för, tycker jag.

Sammanfattningsvis kan ingen av informanterna uttala sig med säkerhet kring eventuella samband kring LVM och vårdvalet. Många svarade att de inte såg några samband alls, varken i antal anmälningar eller i antal omhändertaganden.

### 6.3 Informanternas upplevelser av samverkan med LARO-mottagningarna

I detta avsnitt tar vi upp informanternas allmänna syn på samverkan med LARO-mottagningarna och hur samverkan påverkats av införandet av vårdval LARO. Samverkan är centralt när det handlar om LARO och alternativa behandlingar. Det framkommer i intervjuerna att det sker mycket samverkan mellan socialtjänsten och LARO-mottagningarna, bland annat genom telefonkontakt, gemensamma möten och planeringar.

Ett genomgående tema i informanternas upplevelser av samverkan med LARO-mottagningarna är att den överlag är välfungerande. En annan gemensam uppfattning bland flera av informanterna är att det inte går att säga att det är lättare eller svårare att samverka med någon viss mottagning, utan att samverkans kvalitet snarare är beroende av vilken person man har kontakt med. Samverkan är med andra ord skiftande och varierande från ärende till ärende och personberoende enligt flera informanter. Ett tillägg görs att samverkan även förändras över tid. Informant 1:2 beskriver olika aspekter av samverkan på ett mer övergripande plan:

Generellt tänker jag att det funkar bra och vi vill samma sak men så krockar verksamheterna som det gör i samverkan mellan Region Skåne och socialtjänst. Det handlar lite om förväntningar på varandra. Vad vi tror att de kan göra och vad de tror att vi kan göra och ibland så stämmer inte det och då blir det tokigt. Men generellt är det väldigt mycket samverkan då vi har mycket klienter, de har väldigt många LARO-patienter och de är en stor del av våra klienter och då blir LARO-mottagningarna naturliga samarbetspartners.

Informanterna 1:2 och 3:2 uttrycker vidare en åsikt om att samverkan är lättare respektive svårare med somliga mottagningar än andra. En viss mottagning nämns i samband med detta som sämre än de andra, eftersom den mottagningen inte uppfattas ta sitt ansvar och erbjuda ett fullgott psykosocialt stöd. En fortsättning med en förklaring om att socialtjänst erbjuder samma stöd till alla sina klienter oavsett vilken mottagning de tillhör ges, men att resultatet även påverkas av det utbud mottagningarna själva erbjuder.

Ytterligare en informant har invändningar på aspekter av samverkan, där samverkan framstår ske under olikvärdiga förhållanden. Samverkan sker normalt utifrån att LARO-mottagningarna vänder sig till socialtjänsten för stöd, mycket sällan eller aldrig tvärtom. En förundran över hur lite psykosocialt stöd mottagningarna försett vissa klienter med uttrycks även av flera informanter. En beskrivning av LARO som medicinutdelning med eventuellt något samtal görs. Informanten uttrycker att socialtjänsten vid dessa tillfällen meddelat mottagningarna att de inte anser det vara tillräckligt. I några av fallen har mottagningarna lyssnat till socialtjänsten och utökat det psykosociala stödet på mottagningen, men utan förbättrade resultat. Då har socialtjänsten fått bistå klienten med ytterligare psykosocialt stöd.

Samma informant framför trots detta en åsikt om att samverkan fungerar bra, men poängterar synpunkten att mottagningar gör för lite. Även ett ifrågasättande görs i samband med detta av den ansvarsfördelning som råder mellan kommun och landsting/region. Åsikten att landstinget/regionen bör ha fullt ansvar för klienterna framkommer, det vill säga att LARO-mottagningen skulle vara beslutfattare i frågan om någon av mottagningens klienter skulle behöva någon form av vård utöver LARO.

En annan informant resonerar på liknande vis och anser att substitutionsbehandlingen borde räcka i sig då det är en behandlingsinsats eller att mottagningarna själva får stå för biståndet vid sidan om. En tredje resonerar på följande vis: ”Hade de haft det ansvaret så kanske

pressen på de här LARO-mottagningarna gjort att de tagit ett ännu större psykosocialt ansvar.”

Tre av informanterna uttrycker att beviljandet av psykosocialt stöd till klienter med LARO i dagsläget känns som ett ”beställningsjobb” från LARO-mottagningarnas sida. En beskrivning av detta görs som att mottagningarna kan hota med att skriva ut klienten om inte biståndet till psykosocialt stöd beviljas. En informant menar att mottagningarna istället skulle kunna sätta sig ner och fundera ut på vilket sätt de skulle kunna stödja klienten mer. Ett tillägg görs av ett par andra informanter att det känns som att det kan röra sig om frågan om pengar, detta då mottagningarna får viss ersättning baserad på antalet genomförda prestationer (så som medicinhämtningar och team-möten).

Informanterna gör i detta sammanhang kopplingar till att det blivit allt lättare att få LARO och därmed att allt yngre personer även söker sig dit. Detta i sig leder till att sidomissbruk är ofta förekommande, vilket gör att socialtjänsten i fler fall blir inkopplade och på den vägen ”beställer” också mottagningarna behandlingar av dem. Ytterligare en informant yttrar det som att mottagningarna lägger beställningar till socialtjänsten och ställer sig frågan om samverkan endast ska utgöras av att socialtjänsten ska göra det mottagningarna tycker de ska göra. Ett tillägg görs där det främst är regionens mottagningar som upplevs göra sådana beställningar. Det hela är en fråga om vilket ansvar de olika huvudmännen har och bör ta, vilket i sammanhanget poängteras.

Två informanter från samma stadsområde berättar om en relativt nystartad integrerad samverkan mellan beroendecentrum och socialtjänst i Malmö som finns i beroendecentrums lokaler. I lokalen finns rum avsatta endast för socialtjänsten. Varje vardag sitter en socialsekreterare i detta rum och representerar sitt stadsområde. Alla Malmös fem stadsområden har även representanter i den grupp som finns där och har regelbundna träffar. I denna grupp samlas gemensamma ärenden ihop och diskuteras, till exempel i fall där en klient har ett sidomissbruk och det kan vara aktuellt med behandling, eller i fall där antydningar finns om att LVM-anmälan kan bli aktuellt. Denna integrerade samverkan skulle kunna vara en potentiell förbättring för den mindre bra samverkan som funnits. En informant är däremot inte övertygad om huruvida utfallet av denna form av samverkan blir då organiseringen fortfarande upplevs oklar. Trots detta anses tanken vara god, då den öppnar upp för mer organiserad samverkan.

En informant berättar även att det några år innan vårdvalet fanns en annan sorts samverkan, i form av regelbundna möten mellan läkare, kuratorer, sjuksköterskor från LARO-mottagningarna och socialsekreterare från socialtjänstens samtliga stadsområde i Malmö. Mötena gick ut på att de berörda parterna diskuterade olika frågor kring klienterna och vem skulle göra vad, samt förde en dialog kring det gemensamma arbetet. En liknelse görs med dagens integrerade samverkan enligt ovan, men informanten uttrycker att det idag ska fungera mer som en gemensam arbetsplats för några utvalda än som ett diskussionsforum för samtliga berörda yrkesverksamma och aktörer.

Ytterligare aspekter kring hur samverkan såg ut innan införandet av vårdval LARO framfördes av somliga informanter. Många hade dock svårt att urskilja ett före- och efterperspektiv av vårdvalets effekter. Det som framkom om samverkan före vårdvalets införande var bland annat att det hela började med bara ett par LARO-mottagning. Det är egentligen först på senare år, åren precis innan vårdvalets införande, som fler mottagningar startades. För samverkan innebar detta att socialtjänsten förr hade färre samverkanspartners och det geografiska området var avgränsat till Malmö stad, medan det nu är betydligt fler aktörer på ett större geografiskt område.

Det framförs av majoriteten att socialtjänsten idag måste samarbeta med fler mottagningar. En informant utvecklar detta med sin uppfattning om att samverkan förr skedde på mer övergripande och generell nivå och i fler frågor, till skillnad mot idag där samverkan endast sker på en handläggarnivå i enskilda ärenden. Upplevelsen av förändringen som skett gällande samverkan mellan socialtjänst och LARO-mottagningar anser informant 1:3 är positiv och uttrycker det på följande sätt:

Jag upplever att det är mer samverkan kring klienterna nu än vad det var innan. Då fanns LARO på sin kant och vi på vår kant /.../. Nu är det mer, kanske för att jag har jobbat längre och känner de som jobbar på LARO-mottagningarna, men det är mer flytande dialog. LARO-mottagningarna är mer intresserade av att knyta klienter till sin mottagning.

Vid frågan om det är vårdvalets införande som påverkat förändringen av samverkan svarar informant 2:2 att det förmodligen snarare är den mer generella utvecklingen när det gäller det svenska LARO-systemet som varit den största bidragande faktorn. Vidare uttrycks:

Jag tror på samverkan, då blir det inte folk som faller mellan stolarna och man har mer koll. Jag menar tidigare när vi inte haft så mycket samverkan så är det så att klienten säger en sak och ringer man då till LARO eller så och dem säger någonting annat.

Sammanfattningsvis uppfattas samverkan mellan socialtjänst och LARO-mottagningar enligt våra informanter vara god. Huruvida den goda samverkan beror på införandet av vårdvalet eller andra faktorer har informanterna en svårighet att se. En gemensam bild är dock att det sker mer samverkan nu än tidigare, i och med det ökade antalet LARO-mottagningar de senare åren.

### *6.3.1 Informanternas förslag till förbättring av samverkan med LARO-mottagningarna*

Under majoriteten av intervjuerna framfördes förslag till förbättringar av samverkan ur våra informanternas perspektiv, detta antingen genom att de själva tog upp det eller genom att vi ställde frågan. Ett förslag som kom upp i några intervjuer var en önskan om tätare samverkan och att samverka så mycket som möjligt. Detta anses viktigt då klienterna är en grupp som har komplexa behov vilket innebär att samverkan gällande deras vård krävs för att kunna hjälpa dem på bästa sätt.

Det huvudsakliga förslaget som framkom från flertalet informanter var att LARO-mottagningarna borde ha mer ansvar än de har i dagsläget. Ansvaret skulle gå ut på att mottagningarna skulle ansvara för att bevilja eller avslå klienter psykosociala behandlingsinsatser. Ett annat förslag som gavs var att kostnaden för institutionsvård skulle kunna delas lika mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården och att uppföljning av vården sedan skulle kunna göras tillsammans. Informant 1:1 är noga med att betona sin åsikt om det delade huvudmannskapet som råder, vi citerar:

Att ha två huvudmän för de här missbrukarna är det sämsta man kan ha, man ska inte ha regionen och kommunen uppdelade. Man måste ha en huvudman /.../. Jag tycker att det är fruktansvärt att se de här människorna, som fortfarande blir bollade och så. Sen kan vi hålla på med hur många SIP-ar som helst men det här är en budgetfråga, hela tiden, det är det. Så att, en huvudman och då gärna regionen /.../. Och anställa socionomer då som i klara team jobbade runt de här personerna då hade vi haft det mycket, mycket bättre. Och sen hade man haft socialförvaltningen kvar som hade haft ansvar för boende och kanske stöd i lägenheterna och pengar och så. Det hade varit det ultimata för de här personerna /.../. En huvudman, en ingång och en utgång, alltså inte



en massa sidospår och så... det är tufft nog att vara missbrukare och hålla reda på en massa saker, det är inte lätt.

Informant 1:1 förespråkar med andra ord att LARO-mottagningarna ska ha ett helhetsansvar, istället för att de ska kunna lämpa över ansvaret på socialtjänsten i de fall problem uppstår. Situationen idag beskriver samma informant på följande vis:

För det innebär ju faktiskt att du kan ta in människor som är i väldigt dåligt skick sen vända sig till oss och så får de ändå lika mycket pengar från regionen och så. Men det känns inte bra, det gör det inte, jag tycker att de borde ta mycket, mycket mer ansvar. För det är inte så att de inte får lov att göra det, klart de får. En arbetsgivare får lov att betala ett behandlingshem, det är klart att de får lov att betala behandlingshem, så är det. LARO-mottagningarna kan anställa socionomer för att utreda det, självklart. Det gäller inte bara de privata, det gäller regionen också så att det gäller alla.

Ytterligare en önskan framkom om att mottagningarna skulle kunna höra av sig till socialtjänsten i större utsträckning än vad de gör idag. Detta till exempel när de ser att behandlingen inte fungerar, samtidigt som de märker att klienten ändå har en vilja att fortsätta med frivillig hjälp. Det föreslås att de i fall som dessa skulle kunna kalla till en samordnad individuell plan (SIP).

### *6.3.2 Informanternas upplevelser av samordnad individuell plan i samband med LARO*

Samordnad individuell plan, så kallad SIP, är en lagstadgad form av samverkan för att koordinera olika myndigheters insatser. I det här stycket redogör vi för vad SIP innebär och vilken funktion informanter anser att denna samverkansform fyller. Därefter följer ett kort stycke som handlar om hur införandet av vårdval LARO kan ha påverkat SIP.

SIP uppkom år 2010 och det är sedan dess lagstadgat i både hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) och socialtjänstlagen (SFS 2001:453) att beroendevården och socialtjänsten ska kalla till SIP vid behov. De flesta informanterna delar uppfattning om att SIP fyller en viktig funktion. SIP gör det möjligt att skapa en helhetsbild av klientens behov och beskrivs som en samordning av insatser där olika parter träffas och gemensamt diskuterar vad som kan göras för att förbättringar ska uppnås.

Förutsättningen för att en SIP ska bli av är att den enskilde själv vill, om den enskilde är med på att ha en SIP kan både sjukvården och socialtjänsten kalla in till en. Vidare uttrycks att det ska kallas till SIP när behov från flera instanser synliggörs. Resultaten av diskussionen under SIP dokumenteras i form av en planering där det tydliggörs vilken aktör som har ansvar för vad kring klienten, samt vilket ansvar klienten själv har. Det ska ske en uppföljning av planeringen vid ett senare tillfälle för att se till att alla parter tar det ansvar de ska, även klienten.

En informant menar att man genom SIP idag samordnar resurserna på ett helt annat sätt än man gjort tidigare och anser det vara av stor vikt, då tillgången till resurser idag är knappa så samkörning av dessa är nödvändiga för att utfallet ska bli bra. Generellt sett är informanterna positivt inställda till SIP. Dock skiljer sig deras erfarenheter åt när det gäller hur SIP används. Det upplevs av en informant som att det inte alltid fungerat som det ska, att det fungerar väldigt bra ibland medan det andra gånger fungerar sämre. Samtliga möten denne informant blivit kallad till har på plats sedan uttrycks vara en SIP, detta stämmer dock inte alltid då kallelse till SIP uteblivit och strukturen under mötet brustit. En teori till hur detta kommer sig är att mottagningarna får pengar för varje ifylld SIP. Det finns dock motsatta

erfarenheter hos andra informanter av att många av de vanliga mötena skulle ha varit ett SIP-möte istället.

En annan beskriver det som klassiskt att det är LARO-mottagningen som efterfrågar SIP, snarare än den enskilde klienten. Mottagningen anser typiskt att klienten har ett omfattande sidomissbruk som han eller hon behöver ansöka om behandling för, vilket klienten kanske går med på endast för att få ha kvar sin substitutionsbehandling.

En annan informant ser fördelar med SIP, men lyfter även fram kritik. Kritiken grundar sig i att man inte går in i mötena med ett öppet sinne, eftersom det ofta redan i förväg finns en tydlig agenda där LARO-mottagningen och klienten är eniga och fast beslutna om vad SIP-mötet ska resultera i, vilket stänger möjligheten för diskussion. Om socialtjänsten då har annan åsikt kan ställningskrig uppstå gällande vem som borde ha ansvar för vad. På så vis skapas ofta en uppfattning av SIP som ett första steg i ett beställningsjobb från LARO-mottagningens håll och en informant menar att det istället för SIP borde varit ett tjänstemannamöte för att undvika att involvera klienten i ställningskriget dem emellan.

Finns det däremot redan en god samverkan mellan socialtjänst och mottagning är det varken aktuellt med tjänstemannamöte eller SIP utan ett vanligt möte är då tillräckligt, informant 3:1 förklarar att SIP ”är en formell grej för att tvinga oss in i en relation kring klienten, men har vi redan en relation då behöver vi ju inte ha en SIP utan då kan vi ju träffas och tillsammans med klienten göra upp en plan för hur ska vi lösa det här”.

Hur införandet av vårdvalet påverkat SIP har merparten av informanterna inte kunnat svara på. Tre av informanterna uttrycker sig ha upplevt en ökning av antalet SIP-möten, men låter det vara osagt huruvida det är kopplat till vårdvalet. De hypotetiska anledningarna de framför till denna uppskattade ökning är istället att SIP är ganska nytt samt att socialtjänsten under några års tid arbetat aktivt med det. En annan anledning framförs till det ökade antalet SIP och det är, som tidigare nämnts, att mottagningarna får ekonomisk ersättning för varje genomförd SIP.

Sammanfattningsvis är merparten av informanterna nöjda med att möjligheten till SIP finns. Upplevelsen av hur SIP används i praktiken skiljer sig dock åt beroende på vilken informant man talar med, de har olika uppfattningar om hur SIP bör skötas och hur de olika LARO-mottagningarna sköter det.

#### **6.4 Informanternas övriga upplevelser**

I detta avslutande avsnitt under resultatdelen presenteras informanternas övriga upplevelser om vårdvalet, samverkan, LARO-mottagningar och LARO som framkommit i intervjuerna. De enskildas upplevelser är samlade efter det stadsområde de tillhör.

##### **6.4.1 Stadsområde 1**

Den första informanten, 1:1, berättar sin personliga inställning till substitutionsbehandling och hur denna svängt tvärt med tiden. Informanten börjar med att berätta hur sin syn på behandlingen var för cirka 13 år sedan, när informanten började arbeta:

Då var jag ganska stor motståndare mot substitutionsbehandling och såg det som en drog som alla andra och så. Men jag har ju sett att det har hjälpt så otroligt många att få ett drägligt liv i alla fall, det har det gjort. Man har klarat boende på ett helt annat sätt, där är dem som gått vidare till eget boende, egen lägenhet och fått jobb och så. Det är personer som inte skulle ha haft en chans innan, som inte hade levt utan den här medicineringen.

Ett tillägg görs om att man inte ska ge väldigt unga människor substitutionsbehandling utan att ha testat några andra behandlingsalternativ först, detta för att medicinerna i

substitutionsbehandling är ganska starka. Vidare menar samma informant att det krävs upprepanande försök i alternativa behandlingar då det är en process att sluta missbruka och fortsätter så här:

Har man då gjort några stycken och det ändå inte funkar då får man ju faktiskt ha det här som ett val. Och är det såhär att det här inte funkar och man ändå sidomissbrukar, ja, då får man kanske tillåta det kan jag tycka. För det är ju inte som såhär att de här människorna inte vet om vad de gör – de är fullt medvetna, eller min uppfattning är att de är fullt medvetna om att det inte är bra att ta metadon och bensodiazepiner samtidigt.

Informanten anser att det går i rätt riktning men att det fortfarande är för restriktivt när det kommer till sidomissbruk under pågående substitutionsbehandling och menar att Sverige behöver omvärdera hela sin narkotikapolitik.

Även informant 1:2 uttrycker att det hela handlar om en politisk fråga, men riktar mer in diskussionen på de olika inblandade parternas ansvarsområden. Vidare anser informanten att klienter med pågående substitutionsbehandling egentligen bara skulle behöva vara på sin LARO-mottagning, utan att ha socialtjänsten inkopplad, och menar att där på mottagningen finns kompetent personal som borde kunna tillgodose hela behandlingsbehovet. Upplevelsen av att klienter inte får det stöd de behöver från mottagningarna förekommer. En önskan om att LARO-mottagningarna skulle kunna ha ett helhetsansvar med egna behandlingar på mottagningarna, till exempelvis återfallspreventionsgrupper, framförs.

Att LARO-mottagningarna borde ta ett större ansvar för sina klienter är något som socialtjänsten återkommande upplever. En informant menar att personal från mottagningen skulle kunna vara klientens kontaktperson och göra vardagliga saker tillsammans. Så upplevs det inte vara i nuläget, då klienten ofta har olika kontakter hos olika aktörer vilket, trots samtycke om informationsutbyte, leder till att information gällande klienten aktörerna emellan ofta fallit bort.

En önskan om att införa en huvudman istället för två för klienter i substitutionsbehandling framförs med tanke om att situationen då avsevärt skulle förbättrats. Ytterligare en önskan framförs som handlar om ett sätt för de olika mottagningarna som verksamheter att uppnå en gemensam lägsta nivå. En önskan är att det skulle fastläsas en bas för vad en mottagning måste erbjuda sina klienter och att de olika mottagningarna skulle granskas oftare för att se att de uppfyllde basnivån. Informant 1:3 fortsätter på följande vis:

Jag tycker att vi som samhälle ska vara mer ärliga i vår ambition om vad den här typen av behandling är, för att min upplevelse är att de flesta som är yrkesverksamma inom detta är ganska överens om att det handlar om att rädda liv och förhöja livskvalité. Men officiellt är det ju inte så, vi rör oss i en harm reduction väg hela tiden och det är ju sådant som forskarna ofta förespråkar /.../. Men vi är ju fortfarande fast vid att det är nollvision i Sverige. Det är vi smått unika med i Sverige och Sverige har ju funkade bra ganska så länge så det har säkert funnits en vinst i det men samtidigt så finns det ju väldigt många människor som far väldigt illa i sitt missbruk och då är frågan lite om vi ska straffa dem eller om vi ska göra det så drägligt så möjligt för dem. Alla som jobbar med det är ganska tydliga om vilka linjer det är som gäller men från politikens håll är det fortfarande inte helt tydligt.

#### 6.4.2 Stadsområde 2

Den första informanten i detta stadsområde anser att det bör ställas mer krav på klienterna som har substitutionsbehandling och menar att ett sidomissbruk inte borde vara tillåtet, men förklarar samtidigt att det är svårt att komma till ett sådant läge där det skulle fungera i praktiken. För att få det till mer genomförbar plan anser informanten att toleransen för sidomissbruk bör vara lägre än den är och att den medicinska behandlingen bör avslutas tidigare. En hög toleransnivå leder till att socialtjänsten behöver bevilja olika behandlingar för att klienterna ska kunna ha kvar sin substitutionsbehandling. En fortsättning med att nyttan av att ha det på detta sätt går att ifrågasätta ges och likaså ett ifrågasättande av om substitutionsbehandling som sådan ens är verksam. Informant 2:1 menar att det snarare är en marknad för mottagningarna och utvecklar sitt påstående på följande sätt:

Nä, men kan man tjäna pengar på det så är de en guldgruva, men privata verksamheter som kan bedriva en sådan här medicinsk behandling och ha personal och lokaler, det krävs ju en hel del och det är ju skattepengar. Det är en bra målgrupp på det sättet att det ofta är återkommande och man vill ha dem kvar när de har kommit innanför dörren och då vill man motivera någon annan att göra något åt det, 'fixa det här nu socialtjänsten' och så är vi där och beviljar behandling på någon institution i tre månader och så kommer de tillbaka ut och då är de fortfarande ett sidomissbruk. Så håller man på ett tag till och sen ska de in igen och så håller det på. Cirkelgång hela tiden, det är inte lätt.

Flera informanter är inne på samma spår när det kommer till att kraven på klienterna bör vara högre. Förr, när substitutionsbehandling var svår att få, såg informant 2:2 bara fördelarna med behandlingen och ifrågasatte varför det var så svåråtkomligt. Nu i efterhand har dock den åsikten förändrats och informanten beskriver det som naivt från sin egen sida att tidigare bara ha sett det som att behandlingen gav klienterna ett värdigt och missbruksfritt liv.

Vidare görs en uppskattning om att det endast är få som håller sig drogfria med substitutionsbehandling och att det istället för en del andra är ett sätt att få en drog gratis medan han eller hon fortsätter missbruka. Med detta som grund ser informant 2:2 det som att det var bättre förr. Samma informant anser att mottagningarna skulle kunna ta mer ansvar för behandling och att de i sina lokaler skulle kunna erbjuda möten inspirerade av tolvstegsmodellen för sina klienter.

#### 6.4.3 Stadsområde 3

Enligt informanterna har substitutionsbehandling gått från att var tänkt som övergångsmedicinering till att idag oftast vara en livslång medicinering och alla som uppfyller kriterierna får idag tillgång till behandlingen. Dock var det egentligen aldrig från beroendevårdens sida avsett som övergångslösning då man länge vetat att LARO är svårt att avsluta utan stor risk för återfall (Johnson, 2010).

När det kommer till socialtjänstens roll uttrycks det att de borde finnas till endast för att tillskjuta någon form av behandling och social träning i de fall det behövs, medan regionen ensam skulle sköta all behandling för själva missbruket. En beskrivning av dagens situation görs, där informant 3:1 menar att kommunen går in och försöker rätta till ett problem som egentligen är medicinskt. Samma informant skulle vilja se att mer tid lades ner på den sociala och psykosociala biten för att få klienterna att fungera väl i samhället med sin medicin. Informant 3:1 uttrycker att ”drömmen vore ju att om alla gick in och underhållsmedicinerade och sen är de nöjda med det så skulle vi bara behöva ordna med bostad, ekonomi och arbete. Då skulle inte vi behöva den här sektionen att hjälpa dem i behandling”.

De klienter med pågående substitutionsbehandling som socialtjänsten träffar mår inte så bra, enligt de flesta informanterna. Två informanter har fått beskrivit för sig att det är en tredjedel av klienterna med substitutionsbehandling som det fungerar väldigt väl för, en tredjedel av klienterna som det fungerar någorlunda bra för och en tredjedel som det inte fungerar alls bra för. Socialtjänsten träffar således främst den sista tredjedelen, det vill säga klienter som har omfattande sidomissbruk och kanske riskerar att förlora sin substitutionsbehandling.

Den förändring som gjordes i riktlinjerna för LARO, där spärrtiden avvecklades, ses som en stor fördel och en trygghet för klienterna. När det kommer till vilka negativa aspekter av vårdval LARO skulle kunna ha innefattat resonerar informant 3:3 så här:

Jag vet inte vad som skulle vara negativt med vårdvalet egentligen. Det är väl ändå det här att man har fler man ska ha samarbete och samverkan med, men alltså om man skulle träffas alla som jobbar med detta så blir det ju många fler /.../. Jag tänker att det får man väl förhålla sig till och så får man väl hitta ett sätt att samverka, jag tycker inte det ska vara något hinder för ett fritt vårdval.

## **7. ANALYS OCH DISKUSSION**

Att analysera är enligt Aspers (2011) att sammanställa sitt empiriska material och relatera detta till sina teoretiska begrepp. I detta avsnitt analyserar och diskuterar vi därför våra resultat kopplade till tidigare forskning och teori. Istället för att låta våra teman återigen styra upplägget har vi för denna del valt att låta frågeställningar styra, detta för att tydligt kunna förse läsaren med svar på de frågor uppsatsen grundas.

### **7.1 Hur sker samverkan mellan socialtjänsten och LARO-mottagningarna, enligt socialsekreterare och sektionschefer på socialtjänsten?**

Av intervjuerna framkom att samverkan mellan socialtjänsten och LARO-mottagningarna sker ofta och då främst i form av gemensamma möten, planeringar och genom telefonkontakt. Samverkan upplevs överlag som välfungerande och utan några större bekymmer enligt våra informanter, vilket överensstämmer med de resultat Johnson (2011) fick av sina intervjuer med socialsekreterare i Jönköping. Ytterligare en gemensam uppfattning bland informanterna angående hur samverkan sker mellan socialtjänsten och LARO-mottagningarna var att samverkan uppfattades vara personberoende snarare än beroende av vilken mottagning det handlade om. Det uttrycktes att samverkans kvalitet avgjordes av den personliga kontakten. Denna upplevelse stämmer väl överens med Danermarks (2005) forskning kring samverkan, där han kom fram till att en god personkemi ofta är en avgörande förutsättning för god samverkan.

Danermark (2005) urskilde som nämndes i teoriavsnittet ytterligare förutsättningar som behövs identifieras, lyftas fram och diskuteras mellan de berörda verksamheterna för att skapa god samverkan dem emellan. Han menar att olikheter inte alltid innebär hinder, utan även kan fungera tvärtom – gynnande. Huruvida socialtjänsten och LARO-mottagningarna genomgått dessa steg är dock oklart och därmed även om förutsättningarna för god samverkan är uppnådda.

I likhet med Johnsons (2011) beskrivning menar informanterna att samverkan är ett gränsöverskridande arbete mellan aktörer och att det i sig är positivt. Tidigare forskning har uppmärksammat att samverkan inom missbruksområdet ökat över tid (SOU 2011:35), vilket även våra informanter tar upp. Informanterna beskriver att samverkan med LARO-mottagningar ökat under den senaste tiden, vilket vi återkommer till i nästa delavsnitt.

Något som är ständigt återkommande i våra informanternas upplevelser rör frågan om det delade huvudmannskapet för missbruksvården, vilket även tidigare forskning under en längre tid vid flera tillfällen berört. Missbruksutredningen (2011) är dominerande där frågan utreddes och utmynnande i ett beslut att behålla det delade huvudmannskapet. Informanterna, i enighet med många andra (Johnson, 2011), framför kritik mot det delade ansvaret och många framför åsikten att landstinget borde ha mer ansvar och stå som ensam huvudman. Det är konstaterat att det delade ansvaret inneburit negativa konsekvenser i form av bristande tillgänglighet, oklar ansvarsfördelning och att klienter faller mellan stolarna (Johnson, 2011). Likaså förekommer det konflikter mellan huvudmännen angående vem som ansvarar och ska betala för vad (SOU 2011:35; Socialstyrelsen, 2008). Allt detta kan man också se i informanternas utsagor, deras uppfattningar stödjer således våra teoretiska utgångspunkter och den tidigare forskningen.

Samverkan inom missbruks- och beroendområdet mellan kommun och landsting/region sker ofta samtidigt på interprofessionell, interorganisatorisk samt intersektoriell nivå (Johnson, 2011). Informanterna talar mycket om samverkan på en generell nivå, där personkemi är av stor vikt, vilket skulle kunna tolkas som samverkan på en interprofessionell nivå. Det är dock främst den intersektoriella samverkan, det vill säga den mellan de två huvudmännen, som informanterna talar om.

Om vi ska se på samverkan mellan socialtjänst och LARO-mottagningar utifrån de fyra ambitionsnivåer Danermark (2005) och Danermark & Kullberg (1999) tar upp är vår tolkning av informanternas beskrivningar att samverkan med LARO-mottagningarna ligger på ambitionsnivå två. Den ambitionsnivån utgörs av att olika verksamheter koordineras och samordnas så att de kompletterar varandra, samtidigt som respektive verksamhet arbetar var för sig. Insatserna koordineras så att sjukvården i form av LARO-mottagningarna ansvarar för det medicinska samt till en viss del psykosocialt stöd. Enligt våra informanter är det dock långt ifrån alla LARO-klienter som får sitt psykosociala stöd tillgodosett av mottagningarna och eftersom socialtjänsten har det yttersta ansvaret kompletterar de med psykosociala stödinsatser vid behov. Ett typexempel på när behov kan uppstå är då klienten inte är välfungerande i sin LARO och har ett sidomissbruk som påverkar behandlingen negativt.

Då det är sjukvården som bekostar substitutionsbehandling för Johnson, Richert och Svensson (2017) ett resonemang kring att socialtjänsten skulle kunna se sådan behandling som ett alternativ för att slippa undan kostnader. Detta är dock ingenting som framkommit ur våra intervjuer, det är ingen av informanterna som har uttryckt sig i de banorna. Många av informanterna har istället känslan att mottagningarna tvingar socialtjänsten att bevilja psykosocialt stöd till LARO-klienter. Enligt informanter uttrycks det ibland från mottagningarnas sida som att klienten kommer skrivas ut från LARO eller inte får påbörja LARO om inte insatsen beviljas. Det hela upplevs som ett ”beställningsjobb” från mottagningarna till socialtjänsten.

Vi ställer oss frågan om detta skulle kunna tolkas som att socialtjänstens personal i samband med detta upplever att deras professionalitet blir ifrågasatt eller hämmad. Något som skulle kunna ses som ett första steg i beställningsjobbet är när socialtjänsten kallas till SIP av mottagningen. SIP ses dock även generellt bland informanterna som en nödvändig samordning av knappa resurser. Informanternas erfarenheter av SIP är skilda, somliga anser att det borde kallas till SIP oftare medan andra anser att det behövs i mindre omfattning och lika gärna skulle kunna ersättas av vanliga möten.

## 7.2 Hur upplever socialsekreterare och sektionschefer på socialtjänsten att samverkan med LARO-mottagningarna förändrats sedan införandet av vårdval LARO 2014?

Den generella uppfattningen bland informanterna är att förändringar kring samverkan med LARO-mottagningarna har skett med tiden, men om just vårdvalets införande påverkat denna samverkan och i sådana fall på vilket sätt är det ingen av informanterna som konkret har kunnat svara på. En uppfattning är dock att samverkan förr skedde på mer övergripande och generell nivå och i fler frågor jämfört med idag, när samverkan snarare sker på en handläggarnivå i enskilda ärenden.

Samtliga informanter beskriver däremot att samverkan med LARO-mottagningarna de senare åren har ökat i omfattning. Anledningen till detta är det ökade antalet mottagningar som inneburit att fler har tillgång till LARO och därmed att socialtjänsten nu har fler att samverka med. Den ökade tillgängligheten har inneburit att antalet klienter med sidomissbruk stigit och därmed har fler sökt sig till socialtjänsten för ytterligare stöd. Vad ökningen beror på är oviss och vi ställer oss frågan var dessa klienter fanns tidigare, innan LARO-utbyggnaden. Var de i annan vård, finansierad av socialtjänsten, eller var de i aktivt missbruk? Vi antar att det troligen var en kombination.

Att antalet klienter inom socialtjänstens verksamhet ökat kan ses som en bra sak i den mening att fler klienter med LARO som har behov av insatser från socialtjänsten får sådan hjälp. Det skulle dock också kunna tolkas som att LARO-mottagningarna tidigare skrev ut den här typen av klienter på grund av sidomissbruk – då hamnade klienterna eventuellt hos socialtjänsten ändå, men mer sannolikt i aktivt missbruk medan de inväntade att deras spärrtid skulle ta slut.

En aspekt för socialtjänsten som vi tänkte kunde ha påverkats av vårdvalet är LVM-anmälningar och omhändertaganden. Av informanternas utsagor går det dock inte att se några större direkta förändringar kopplade mellan vårdvalet och LVM. Den generella uppfattningen är att ingen förändring skett medan en del resonerar i termerna av att det ökade antalet klienter med LARO har medfört ett ökat antal LARO-klienter som blir föremål för anmälan om LVM. Vi menar dock att det nödvändigtvis inte behöver se ut så i verkligheten. Vi anser det viktigt att ta in aspekten av den ökade symtomtoleransen för sidomissbruk i sammanhanget och hur detta kan ha påverkat antalet LVM-anmälningar.

Som vi ser det skulle den ökade symtomtoleransens betydelse kunna ses utifrån två olika perspektiv, det skulle antingen kunna ha bidragit till ett ökat eller ett minskat antal anmälningar. Mottagningarna har kanske idag fler klienter med omfattande sidomissbruk, vilket skulle kunna leda till att antalet anmälningar ökat. Ur ett annat perspektiv har toleransen för sidomissbruk ökat vilket i sig istället skulle kunna ha lett till att antalet anmälningar minskat.

Ytterligare en synpunkt som framkommer av flertalet informanter angående LVM-anmälningar är att det från socialtjänstens sida inte alltid upplevs finnas tillräckliga skäl för en sådan anmälan. Detta benämner en av informanterna som felaktiga LVM-anmälningar. Felaktiga anmälningar ser en av informanterna som ett tecken på att de som gör anmälningarna saknar förståelse för att en sådan anmälan innebär en stor tids- och kostnadskrävande process för socialtjänsten. Informanten belyser här en viktig aspekt, som i själva verket handlar om samverkan. Petersson och Karlson (2008) framförde att det föreligger flera hinder för samverkan. En sådan faktor var personals varierande kunskapsnivå om de respektive verksamheternas arbete, vilket informantens utsagor tar upp.

En annan informant nämner en annan hämmande faktor för samverkan. Informanten beskriver att samverkan i stort mellan socialtjänsten och LARO-mottagningarna fungerar bra, men att

de olika verksamheterna ibland ”krockar” och menar att det beror på deras olika förväntningar på varandra. Denna informants resonemang ger på så vis ytterligare stöd åt Petersson och Karlsons (2008) resultat där de framför att oklara förväntningar är ett annat exempel på hinder för samverkan. Det finns även en återkommande uppfattning bland våra informanter att det inte finns tydliga ansvarsområden och kostnadsfördelningar mellan socialtjänsten och LARO-mottagningarna vilket även är hämmande faktorer för samverkan som Danermark och Kullberg (1999) och Danermark (2005) nämner.

### **7.3 Vad har införandet av vårdval LARO inneburit för personer med LARO och för berörd personal på socialtjänsten enligt tillfrågade socialsekreterare och sektionschefer?**

Socialtjänsten har som tidigare nämnts inte kontakt med alla personer med LARO. Ett par av informanterna gav en beskrivning av i vilken omfattning LARO-klienter har kontakt med socialtjänsten (gällande psykosociala insatser). Deras beskrivning av att det är cirka en tredjedel av samtliga personer med LARO som behandlingen inte fungerar bra för och som socialtjänsten därmed möter stämmer dock inte överens med de siffror Johnson (2011) kom fram till i sin utvärdering av samverkan mellan beroendevård och socialtjänst i Jönköping. Enligt Johnson (2011) var det fler och fler som fungerade väl med LARO och vid Jönköpings LARO-mottagnings skattning i november 2010 var det endast tre av trettio klienter som behandlingen inte fungerade bra för. Johnson (2011) är dock noga med att påtala att resultaten ska tolkas med försiktighet. Detta kombinerat med att undersökningen ägde rum för flera år sedan och genomfördes i en annan stad gör det svårt att jämföra och dra några slutsatser, då det skett en hel del förändringar under de senaste åren. Klienter som hade ett omfattande sidomissbruk tenderade på den tiden att bli ofrivilligt utskrivna i betydligt högre omfattning än idag (Johnson, muntlig uppgift).

Eftersom LARO-systemet successivt genomgått stora förändringar genom åren har det varit svårt för våra informanter att avgöra vilken påverkan just vårdvalet haft för personer med LARO. Till en början fanns LARO bara till för de som inte lyckats bli av med sitt heroinmissbruk genom några andra alternativ, det var bara ett mindre antal klienter som togs in och krav på flera års dokumenterat injektionsmissbruk av heroin krävdes (Johnson, 2013). Informanterna framför samma information och beskriver det som att det förr var mer reglerat och att LARO då var den sista utvägen, när all annan vård redan prövats och misslyckats.

Samtidigt diskuterar informanterna om det idag är för oreglerat med tanke på att många av de tidigare kraven sänkts eller helt tagits bort. Informanterna är eniga om att klienterna inte lika lätt blir utskrivna från LARO idag som de blev tidigare, vilket vi ser en direkt koppling till att utskrivningskriterierna plockades bort i och med Socialstyrelsens nya föreskrifter från 2015.

Även spärrtiden avvecklades i och med de nya föreskrifterna och när det gäller tillgänglighet till LARO tar flertal informanter upp detta som en avgörande faktor för att tillgängligheten har ökat. Ytterligare en faktor som kan ha spelat roll för den ökade tillgängligheten är avvecklandet av opiatregeln (Johnson, 2013), detta är dock något som endast få av informanterna belyser men som vi tänker kan ha haft en viss påverkan, då det är fler som kan söka sig till LARO i och med förändringen till opioidberoende. Viktigt att ha i åtanke är att dessa tre förändringar skedde i början av år 2016, det vill säga drygt två år efter vårdvalets införande.

Flera informanter uttrycker en osäkerhet kring när tillgängligheten förbättrades och vad som låg till grund för den, men många tror att förändringen påbörjades redan innan vårdvalets införande och utvecklades successivt. Oavsett vilka orsakerna är till den ökade tillgängligheten är det ett faktum att den gått från att vara så bristfällig att personer dog under



långa kötider, till att nu alla behöriga som söker behandlingen kan få den på kort tid. Det är trots de goda följderna inte enbart en positiv bild av den ökade tillgängligheten som framkommer. Somliga informanter framhäver även baksidan med den ökade tillgängligheten. Baksidan utgörs framförallt av den låga åldern på klienterna i LARO. Det tycks enligt informanternas utsagor ha skett en ökning av antalet unga klienter som söker LARO, men det rör sig ändå bara om en liten minoritet av alla klienter som är under 25 år. 2012, före vårdvalet, handlade det om mindre än 10 procent av klienterna i Malmö (Johnson & Richert, opublicerade data från "Läckageprojektet").

De av informanterna som är kritiska menar att ju yngre individen är desto svårare borde det vara att få LARO. Detta för att de hellre ser att dessa först och främst bör prova medicinfria behandlingar. Det går här att se en koppling till det Johnson, Richert och Svensson (2017) beskriver som att om individen inte ännu utvecklat ett beroende och påbörjar substitutionsbehandling är det stor risk att han eller hon utvecklar ett beroende som förmodligen annars hade kunnat brytas med medicinfri behandling.

Informanterna är inte överens om huruvida LARO-systemets förändring är steg i rätt riktning. Somliga menar att det fortfarande är för restriktivt och borde luckras upp mer medan andra tvärtom menar att det inte är tillräckligt restriktivt och att högre krav borde ställas i behandlingen. Utifrån det informanterna berättat om de olika LARO-mottagningarna får vi uppfattningen att även mottagningarna har olika syn på saken. Speciellt en mottagning har framstått som tillåtande när det gäller sidomissbruk, mer specifikt av bensodiazepiner, medan andra – i huvudsak regionens mottagningar – framställs som mer restriktiva. Eftersom klienterna i och med vårdvalet har möjlighet att byta mellan samtliga mottagningar kan detta ha inneburit att de olika mottagningarna har blivit olika populära beroende på klienternas syn på saken.

En informant som önskar högre krav menar att en hög toleransnivå för sidomissbruk leder till att socialtjänsten behöver bevilja behandling för att klienter ska kunna ha kvar sin LARO. En annan informant, som anser att det idag fortfarande är för restriktivt, ställer istället frågan om personer med missbruks- och beroendeproblematik ska straffas eller få hjälp till ett drägligt liv. Informanten landar i att hela den svenska narkotikapolitiken bör omvärderas och att målet istället för nollvisionen bör vara att ha nolltolerans mot narkotikadödlighet. Informantens synpunkter stämmer väl överens med den allmänna kritik som bland annat Johnson, Richert och Svensson (2017) framför.

Oavsett åsikt är de flesta dock eniga om att individer bör ha provat alternativa behandlingsinsatser innan LARO påbörjas, vilket kan tolkas som en önskan att återinföra kravet på detta igen (kravet togs bort i och med SOFS 2004:8). Detta innebär även att det informanterna uttrycker inte alls stämmer överens med Johnson, Richert och Svenssons (2017) resonemang om att socialtjänsten skulle kunna se substitutionsbehandling som ett sätt att slippa undan kostnader.

Som framkommit av ovanstående stycken finns det delade meningar bland informanterna om hur hög eller låg toleransnivå för sidomissbruk under LARO bör vara för att minimera riskerna för individerna i behandlingen, vilket stödjer uppfattningen att det fortfarande finns delade meningar om metoden. Forskning visar dock att de allra flesta med substitutionsbehandling någon gång återfaller i missbruk, men att de genom behandlingen får ett bättre liv än de hade innan, vilket talar för att en viss nivå av symptomtolerans bör finnas (Johnson, 2011).

Avslutningsvis framställs en splittrad bild av vad vårdvalets införande inneburit för berörd personal på socialtjänsten. Tydligt är dock det som tidigare nämnts nämns angående

samverkan i tidigare avsnitt av analysen. Informanterna är dock eniga om att införandet av vårdvalet har inneburit flera positiva förändringar för LARO-klienterna. En av de stora positiva förändringarna är det maktskifte som skett när det gäller vem som ”säljer in sig” till vem. Tidigare hade mottagningarna makten fullt ut, men idag krävs kundfokus från deras sida, där de mer eller mindre behöver sälja in sig för att få klienter inskrivna hos sig.

## **8. SLUTSATS**

Denna uppsats hade som syfte att undersöka hur samverkan mellan delar av Malmös socialtjänst och Skånes LARO-mottagningar uppfattas utifrån personal verksamma inom socialtjänsten. Detta dels hur personalen såg på denna samverkan innan införandet av vårdval LARO och dels hur de ser på den nu, efter att vårdvalet införts. Det har dock blivit tydligt för oss att det finns en stor svårighet att urskilja vad vårdvalet i sig haft för roll i utvecklingen och förändringen av LARO-systemet, då det finns flera andra faktorer som också behövs tas i beaktande. Att socialstyrelsen formulerat nya föreskrifter och att akötererna enligt lag nu är skyldiga att samverka är två sådana faktorer.

Vi har strävat efter att söka svar på frågorna hur samverkan mellan socialtjänsten och LARO-mottagningarna sker, hur samverkan med LARO-mottagningarna förändrats sedan införandet av vårdval LARO 2014 samt vad vårdvalet inneburit för personer med LARO och för berörd personal på socialtjänsten. Vi har därvid utgått från de uppfattningar som funnits bland socialsekreterare och sektionschefer inom socialtjänsten.

Sammantaget har det framkommit att informanterna i många frågor haft likvärdiga uppfattningar sinsemellan samtidigt som de i andra frågor haft tvärt skilda uppfattningar. Tydligt är att det blivit enklare för klienter att få LARO, tillgängligheten har med andra ord ökat, samtidigt som klienterna inte lika lätt som tidigare skrivs ut från behandlingen.

Samverkan med LARO-mottagningarna upplevs överlag som god och samtliga informanter är mer positivt än negativt inställda till införandet av vårdval LARO. Den huvudsakliga förändringen vårdvalet inneburit för samverkan är det ökade antalet samverkanspartners socialtjänsten fått i och med det ökade antalet LARO-mottagningar. Utöver detta ser inte informanterna någon större skillnad i denna samverkan jämfört med tidigare. Däremot uttrycker de önsknings om förbättring av samverkan och även förslag till hur detta skulle kunna ta form. Det huvudsakliga förslaget innebär stor strukturell förändring och handlar om att sjukvården borde ha ensamt huvudmannaskap för missbruks- och beroendevård.

## 9. REFERENSER

Andersson, G & Swärd, H (2008) *Etiska reflektioner*. I: Meeuwisse A, Swärd H, Eliasson-Lappalainen R & Jacobsson K (Red) *Forskningsmetodik för socialvetare* (2008) Stockholm: Natur och Kultur, 235-248.

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

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

Danermark, B (2005) *Samverkan – himmel eller helvete?* Malmö: Gleerups Utbildning AB.

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

Forsman, B (1997) *Forskningsetik – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Grönbladh, L (2004) *A national Swedish methadone program 1966-1989*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.

HSLF-FS 2016:1. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende*. Falun: Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.

Johansson, A & Öberg, P (2008) *Biografi- och livsberättelseforskning*. I: Meeuwisse, A, Swärd, H, Eliasson-Lappalainen, R & Jacobsson, K (red.) *Forskningsmetodik för socialvetare* (2008) Stockholm: Natur och Kultur, 73-85.

Johnson, B (2003) *Policyspridning som översättning*. Lund: Statsvetenskapliga institutionen.

Johnson, B (2013) Vetenskap och beprövad erfarenhet eller ett blött finger i luften? I Johnson, B & Lalander, P (red.), *Med narkotikan som följeslagare*. Malmö: Malmö Högskola.

Johnson, B, Richert, T & Svensson, B (2017, under utgivning) *Alkohol- och narkotikaproblem*. Lund: Studentlitteratur.

Johnson, B & Svensson, B (2006) *Metadonkonflikten*. I: Denvall, V & Vinnerljung, B (red.) *Nytta och fördärv*. Stockholm: Natur och kultur.

Linton, M (2015) *Knark: En svensk historia*. Stockholm: Atlas.

Monwell, B, Johnson, B, & Gerdner, A (2015) Opiater eller opioider? Dags att städa bland begreppen. *Läkartidningen* 112: DRPT.

Petersson, F & Karlson, T (2008) *Opiatmissbrukare i läkemedelsassisterad underhållsbehandling. En rapport om 369-projektet, samverkansprojekt mellan beroendesjukvård och socialtjänst i Göteborg*. Göteborg: Göteborgs stad.

Rosengren, K-E & Arvidson, P (2002) *Sociologisk metodik*. Malmö: Liber AB.

SOFS 2009:27. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende*. Västerås: Socialstyrelsens författarsamling.

SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Slutbetänkande av Missbruksutredningen*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

Widerberg, K (2002) *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur AB.

## Lagar

Hälso- och sjukvårdslag, SFS 1982:763.

Lag om vård av missbrukare i vissa fall, SFS 1988:870.

Socialtjänstlag, SFS 2001:453.

## Artiklar

Anell, A (2016) *Delrapport 3: Vårdvalets och ersättningsmodellens effekter för Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (LARO)*. Lund: KEFU.

Johnson, B (2011) *Beroendesjukvård och socialtjänst i samverkan. Utvärdering av samverkan kring läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende i Jönköping*. FOU Rapport 2011:4

Region Skåne (2014) *Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för LARO-mottagning i Vårdval Skåne gällande år 2014*.

## Elektroniska källor

Alm, M & Anderberg, M (2011) Lärandedseminarier i missbruksvården – en utvärdering av ett samverkansprojekt. ><http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:464963/FULLTEXT01.pdf>< (161216)

Malmö stad (2016) Avdelningen för individ och familjeomsorg. ><http://malmo.se/Kommun--politik/Organisation/Stadsomradesforvaltningar/Stadsomradesforvaltning-Oster/Stadsomradesforvaltning/Individ-och-familjeomsorg.html>< (161019)

Region Skåne (2014a) Ackreditering och Avtal för LARO-mottagning i Vårdval Skåne. >[http://www.skane.se/Public/Protokoll/H%C3%A4so-%20och%20sjukv%C3%A5rdsn%C3%A4mnden/2015-12-02/Ackrediteringsvillkor%20LARO%20\(1%C3%A4kemedelsassisterad%20rehabilitering%20vid%20opiatberoende\)%202016/Ackrediteringsvillkor%202016%2020151120%20LARO.pdf](http://www.skane.se/Public/Protokoll/H%C3%A4so-%20och%20sjukv%C3%A5rdsn%C3%A4mnden/2015-12-02/Ackrediteringsvillkor%20LARO%20(1%C3%A4kemedelsassisterad%20rehabilitering%20vid%20opiatberoende)%202016/Ackrediteringsvillkor%202016%2020151120%20LARO.pdf)< (161008)

Region Skåne (2014b) LARO i Region Skåne – vårdval. >[www.skane.se/webbplatser/psykiatri-skane/vuxenpsykiatri/laro/](http://www.skane.se/webbplatser/psykiatri-skane/vuxenpsykiatri/laro/)< (161122)

Region Skåne (2016) Välj mottagning för LARO – läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende ><http://www.1177.se/Skane/Regler-och-rattigheter/Valj-mottagning-for--LARO--lakemedelsassisterad-behandling-vid-opioidberoende-/#section-1%3C>< (161125)

Socialstyrelsen (2015) Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende – slutsatser och förslag. ><https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19787/2015-3-35.pdf>< (161122)

Socialstyrelsen (2008) Samverkan i re/habilitering – en vägledning. ><http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-126-4>< (161019)

## 10. BILAGA 1 - INTERVJUGUIDE

### Socialtjänst

- ❖ Hur länge har du arbetat med missbruk?
- Hur arbetar ni på socialtjänsten enhet vuxna med LARO-klienter?
- I vilken utsträckning har ni klienter som är i LARO?

### Informanternas generella uppfattningar om vårdvalsreformen

- ❖ Vad känner du till om det fria vårdvalet för LARO?
  - Har du någon övergripande uppfattning om vårdvalet är bra eller dåligt?
- Upplever du att vårdvalets införande har haft betydelse för er på socialtjänsten?
  - Om ja, på vilket sätt?
  - Om nej, vad tror du detta beror på?
- Vad har införandet av vårdvalet inneburit för klienterna?
- Har förändringar skett i antal ansökningar om LARO?
- Har förändringar skett i antal beviljade LARO?
- Är det någon särskilt klientgrupp som fått mer eller mindre hjälp sedan vårdvalet infördes? (relaterat till målet om ökad egenmakt i behandlingen)
- I vilken omfattning upplever du att klienter byter LARO-mottagning?
- Vad har du för uppfattning om vilka anledningar som ligger bakom klientens val att byta/inte byta mottagning?
- Vad får eventuella byten av LARO-mottagning för konsekvenser för er på socialtjänst och dig som socialsekreterare/enhetschef?

### Tillgänglighet

- ❖ Hur uppfattar du tillgängligheten av LARO?
- Hur uppfattar du att kösituationen ser ut nu för att påbörja LARO?
- Hur såg kösituationen ut, enligt din mening, innan vårdvalets införande?
- Vad är din uppfattning om hur lång tid det tar från ansökan till dess att LARO inleds?

### Utskrivning från LARO

- ❖ Vad är din åsikt om utskrivning från LARO?
  - Om du anser att utskrivningar från LARO ska kunna ske, när i sådana fall?
- Har några förändringar gällande utskrivningar skett sedan vårdvalets införande?
  - Fler eller färre?

### Användningen av Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall för klienter med LARO

- ❖ Vilka eventuella samband mellan LVM-fall och vårdvalet kan du se?
- Har förändringar skett i antal LVM-anmälningar sedan vårdvalets införande?
  - Fler/färre anmälningar från LARO-mottagningar?
  - Fler/färre anmälningar från övrig beroendevård?
- Har förändringar skett i antal omhändertaganden enligt LVM sedan vårdvalets införande?
  - Fler eller färre?

- Hur uppfattar du att klienternas skick är då LVM-anmälan görs idag jämfört med deras skick vid LVM-anmälan innan vårdvalets införande?

### **Alternativa behandlingar**

- ❖ I vilken utsträckning har klienterna insatser från socialtjänsten (utöver ekonomi och boende, det vill säga till exempel psykosocialt) samtidigt som de går i LARO-?
- Upplever du att dessa alternativa behandlingsinsatser har förändrats sedan vårdvalets införande?
  - Fler/färre?
- Har förändringar skett i antal ansökningar om alternativa behandlingar för opioidberoende klienter sedan vårdvalets införande?
- Har förändringar skett i antal beviljade alternativa behandlingar för opioidberoende klienter sedan vårdvalets införande?

### **Samverkan**

- ❖ Vad skulle du vilja säga om socialtjänstens samverkan med LARO-mottagningar?
- Hur uppfattar du samverkan med respektive LARO-mottagning?
  - Vilka likheter/olikheter ser du vid en jämförelse av denna samverkan före och efter vårdvalets införande?
- Har antalet SIP (samordnad individuell plan) förändrats?
- Vilken betydelse har/vilken funktion fyller SIP?
- Vad är din uppfattning om hur de olika LARO-mottagningarna särskiljer/profilerar sig?
  - Vilka effekter/konsekvenser får detta?

### **Informanternas övriga upplevelser**

Hur upplever du att klienterna som har LARO mår?

Vilka egna positiva/negativa tankar/upplevelser om vårdvalets och dess effekter har du?

Saknar du något kring LARO som skulle kunna förbättras, både för klienterna och för ert arbete? Om ja, i sådant fall vad?

Har du några andra upplevelser/uppfattningar/kommentarer eller åsikter som du vill tillägga?

- Om LARO och LARO-mottagningar, samverkan, vårdval?