



**Professionens perspektiv på arbetet med klienter inom
kommunal missbruksvård**

**Anders Arnsvik
Arbetsrapport 2015**

1. Bakgrund

FoU-Nordväst ägs av åtta kommuner¹ i nordvästra Stockholmsområdet. Inom FoU-Nordväst är samarbetet med nordvästkommunerna ständigt i fokus. Den återkommande frågan är hur vi gemensamt kan utveckla ändamålsenliga samarbetsformer där vi kan vara till ömsesidigt stöd för varandra. Vad FoU erfarit är att det inte finns några färdiga koncept utan det är frågeställningen från kommunen/kommunerna som oftast skapar samarbetsmodellen. Ett sätt att samarbeta med kommunerna är via de nätverk som finns. Den här rapporten beskriver hur samarbetet mellan FoU-Nordväst och Nätverk Nordväst² gestaltade sig under 2014. Om Nätverk Nordväst kan sägas att det funnits sedan 2002 och träffas 4 – 6 gånger per år. Forumet är en gemensam arena för erfarenhetsutbyte mellan kommunerna och en plattform för övergripande samarbete mellan kommunerna i olika frågor som exempelvis upphandling av vård och behandling och andra frågor av gemensam karaktär. FoU-Nordväst inbjuds regelbundet till nätverkets möten och deltar under en särskild FoU-punkt. Ett viktigt skäl till att delta vid nätverkets möten är att bli uppdaterad kring vilka frågor som är aktuella inom kommunerna.

Under 2014 resulterade samarbetet i två temadagar – en Inspirationsdag samt en dag som enbart handlade om samsjuklighet. Nätverket bidrog med förslag på teman för dessa temadagar. FoU:s åtagande var att ansvara för de praktiska arrangemangen såsom kontakter med föreläsare, bokning av lokal, formulering av inbjudan, anmälningsslänk, utskick till kommunerna och så vidare.

Syftet med den här rapporten är främst att förmedla professionens perspektiv på kommunalt missbruksarbete. Vilka faktorer anser de ha betydelse för personer som tagit sig ur alkohol- och narkotikamissbruk? Vad behöver utvecklas? Förhoppningsvis kan sammanställningen inspirera till fortsatta diskussioner i kommunerna.

¹ Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Sundbyberg, Upplands-Bro och Upplands Väsby.

² Ett nätverk för chefer inom nordvästkommunernas missbruksvård.

Disposition

Rapporten beskriver i andra kapitlet mer ingående samarbetet mellan FoU-Nordväst och chefsnätverket. Tredje kapitlet placerar missbruksvården i ett organisatoriskt sammanhang samt redogör för de olika statliga initiativ som under de senaste 10 åren haft inflytande över missbruksvården. Fjärde kapitlet sammanfattar och analyserar diskussionerna som fördes under Inspirationsdagen. Det femte och avslutande kapitlet innehåller en sammanfattande diskussion.

2. Beskrivning av samarbetsmodellen

I det här kapitlet redogörs för samarbetsmodellen som utvecklades mellan chefsnätverket och FoU-Nordväst i samband med planeringen av en Inspirationsdag för personalen inom nordvästkommunernas missbruksvård. Planeringsprocessen såg ut såsom följer:

1. Idén till Inspirationsdagen formulerades vid ett möte med nätverket i februari 2014. Nätverket ville finna en annan form för temadag än enbart föreläsningar. Formen som slutligt fastställdes var att under förmiddagen ha föreläsningar och under eftermiddagen tvärkommunala arbetsgrupper. Chefsnätverket ansåg det betydelsefullt att personalen i kommunerna fick möjlighet att träffas för erfarenhetsutbyte och inspiration. Vid mötet beslutades även att utse en mindre grupp av chefer vars uppdrag var att fungera som kontaktyta gentemot FoU-Nordväst. Skälet till att utse arbetsgruppen var att den kunde vara operativ samt fungera som bollplank under arbetsprocessen. FoU-Nordvästs roll var att delta i diskussionerna samt ansvara för administreringen av Inspirationsdagen.
2. Under perioden februari – maj utformades successivt innehållet i temadagen. Utgångspunkten vid diskussionerna var att utgå från frågor som är centrala för professionen. Frågor som har stor påverkan och inflytande över vardagen. Teman som utkristalliserades var; Förändringsprocesser? Vad leder till förändring? Vad har betydelse för klienterna? Ännu ett tema var uppdatering i de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården (SoS 2007, 2014) med särskilt fokus vård och behandling. De nämnda frågeställningarna utgjorde förmiddagens programpunkter vilka belystes av inbjudna föreläsare. Eftermiddagen skulle ägnas åt diskussioner i

tvärkommunala arbetsgrupper. FoU ansvarade för gruppindelningen. Vidare var planen att uppdra till varje grupp att utifrån frågeställningarna i punktform notera det som diskuterades. FoU:s åtagande var att sammanställa diskussionerna och återföra till chefsnätverket. Inbjudan till Inspirationsdagen mailades till kommunerna i juni och en påminnelse skickades i augusti.

3. Inspirationsdagen genomfördes som planerat 23 september. Totalt hade 105 personer anmält sig. De föreläsare som inbjudits var Lisa Skogens och Ninive von Greiff båda forskare på Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet. Dessa föreläste om förändringsprocesser bland klienter med missbruksproblem. Stefan Borg, före detta verksamhetschef för Beroendecentrum i Stockholm föreläste om de reviderade Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården. Stefan ingår även i en av expertgrupperna som för närvarande arbetar med revideringen av riktlinjerna. Under eftermiddagen genomfördes grupparbeten utifrån följande frågeställningar:
 - a. Beskriv goda exempel: Exempelvis, reflektera över ett ärende/ärenden där en person tagit sig ur en svår situation (missbruk, hemlöshet, psykisk ohälsa). Vad bedömer Ni ha varit bärande inslag i förändringsprocessen. Sätt ord på det ni noterat? Helt enkelt, och här kommer vi till kärnan, vad är det som haft betydelse? Exempel: är det relationen, insatsen/metoden, ett fungerande samarbete internt och externt, brukarens motivation eller är det omgivande faktorer i klientens liv och så vidare.
 - b. Vilka är utmaningarna för missbruksvården? Det finns de officiella utmaningarna som kommer till uttryck i Kunskap till praktik, de Nationella riktlinjerna, kommunala måldokument och så vidare som i någon mening står i kontrast mot vardagen inom den kommunala missbruksvården och dess frågor. Släpp tanken fri och reflektera kring VAD ni anser vara missbruksvårdens utmaningar och uppgift? Vad behöver utvecklas? Vad är det för mycket av? Vad är det för lite av?

Syftet med frågeställningarna var att ”få professionens perspektiv” på vilka faktorer som varit avgörande för personer som tagit sig ur svåra livssituationer såsom exempelvis alkohol- och

narkotikamissbruk, psykisk ohälsa, hemlöshet. Som tidigare nämnts fick grupperna i uppdrag att i punktform redogöra för de diskussioner som fördes.

Samarbetsmodellen som utvecklades mellan chefsnätverket och FoU-Nordväst är ett exempel på ett konstruktivt samarbete mellan forskning och praktik. Temat för Inspirationsdagen svarade upp mot professionens behov. Modellen kommer att användas igen och kan appliceras till andra områden.

3. Kunskapsöversikt

Inledning

Innan redovisningen av professionens erfarenheter av kommunalt missbruksarbete görs en sammanhangsmarkering. Först görs en kortfattad orientering av missbruksvården placering på den organisatoriska kartan, dess nuvarande mål och inriktning. Därefter beskrivs de förändringar som skett inom missbruksvården under de senaste 20 åren som bakgrunden till Evidensbaserad praktik, de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården (2007) samt Kunskap till praktik (2009) vilka på olika sätt har inflytande på arbetet med klienter inom landets kommuner. Kapitlet avslutas med rubriken Praktikens kunskap.

Organisatoriskt sammanhang

Den kommunala missbruksvården tillhör organisatoriskt Individ- och familjeomsorgen. Fram till och med senare delen av 1990-talet var uppdraget bland annat att utreda samt hitta lämpliga behandlingshem för klientgruppen. Behandlingshem/institutionsvård sågs som främsta medlet för att hjälpa klienten mot nykterhet/drogfrihet Uppdraget förändrades i samband med översynen av de offentliga utgifterna vid mitten av 1990-talet. I stället för institutionsvård skulle huvuddelen av arbetet med missbrukare bedrivas i öppna former. Som underlag till kursändringen inom missbruksvården fanns olika forskarrapporteringar som lyfte fram att det inte fanns något generellt stöd vare sig för en viss metod eller en viss behandlingsform är överlägsen någon annan, eller att behandlingseffekten är större än graden av spontanläkning (SoS, 1993). En annan faktor som också bidrog till kursändringen, vilken inte ska underskattas, var den kommunala ekonomin. Viktiga förändringar inom den kommunala missbruksvården sedan 1990-talet är att narkomanvården integrerades med

arbetet med alkoholmissbrukare. Detta arbete påbörjades 1993 och avslutades omkring 1996. Begreppet narkomanvård finns inte idag. Likaså har det sedan 1998 (Missbrukspolicy, 1998) i Stockholmsområdet genomförts en successiv utbyggnad av lokala missbruks- och beroendemottagningar i samarbete med landstingets beroendevård. Detta arbete är till väsentliga delar avslutat.

Evidensbaserad praktik

Ett steg mot att skapa möjligheter för missbruksvården att utveckla en gemensam kunskapsgrund är de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården (Socialstyrelsen, 2007b). Innan iscensättningen av Riktlinjerna hade diskussioner pågått under många år inom Socialstyrelsen, inom forskningen och inom professionen kring frågor som vad är verksamt, vilka metoder ska användas och så vidare.

I sammanhanget bör omnämnas en debattartikel (1999) som blev startpunkten mot en förändrad inriktning på det sociala arbetet (Bergmark, m.fl. 2011). Dåvarande generaldirektören för socialstyrelsen, Kerstin Wigzell och överdirektör Lars Pettersson framhöll med enfass på DN:s debattsida att arbetet inom socialtjänstens Individ- och familjeomsorg (IFO) inte vilar på solid kunskapsgrund. Artikeln bidrog till ett statligt initierat förändringsarbete och en förändrad syn på socialt arbete. En utveckling som alltså fortgår. I korthet innebär den att socialt arbete ska vila på tre ben – *bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap, professionell erfarenhet och yrkeskunskap samt brukarens kunskap om sin situation* (Jergeby, 2008, Oscarson, 2009). Dessa tre kunskapskällor ska vägas samman innan beslut tas om insats.

Målet med statens engagemang, i de frågor som IFO har att hantera, var att stödja och skapa förutsättningar för socialtjänsten att utveckla en Evidensbaserad praktik (EBP). Innebörden är bland annat att socialtjänsten i högre grad ska använda sig av evidens/kunskapsbaserade metoder (Bergmark m fl, 2011).

Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården

Socialstyrelsens initiativ i början av 2000-talet till arbetet som sedermera resulterade i de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården bör ses i perspektivet att skapa en solidare kunskapsgrund inom missbruksvården. Enligt Socialstyrelsen utgör systematisk

användning av bedömningsinstrument eller dokumentationssystem en del av kunskapsutvecklingen (eller evidensbaseringen?) inom missbruksvården. Riktlinjerna lanserades 2007 och är ett steg mot normering och likriktning av missbruksvården i Sverige. I synnerhet betonades rättssäkerhetsaspekten det vill säga att bostadsorten inte ska vara avgörande för vilka utredningar som görs och vilka insatser som förmedlas. En annan aspekt som framhölls var transparensen det vill säga att brukaren/klienten/medborgaren ska ha kunskap om vad missbruksvården kan erbjuda. Riktlinjerna innehåller bland mycket annat en bred meny av behandlingsmetoder vilka bör finnas tillgängliga inom den vardagliga praktiken. Utmärkande för de rekommenderade behandlingsinsatserna är att de är evidensbaserade i den meningen att de testats och visat sig vara framgångsrika i arbetet med personer som har bekymmer med alkohol och narkotika. En invändning som forskare i Sverige (exempelvis Bergmark, 2011) haft är att de inte varit föremål för vetenskaplig prövning i svensk kontext. Vidare, vad som också betonas i riktlinjerna är behovet att utveckla samverkan mellan huvudmännen (kommun och landsting). Detta har understrukits både i Missbrukspolicyn för Stockholms län (KSL/SLL, 2008) och i propositionen *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården (2012/13)* Sammantaget innebär de Nationella riktlinjerna en ram som både kommunen och landstinget (beroendevården) har att förhålla sig till.

Kunskap till praktik

Annat som också haft stor påverkan på arbetet i kommuner och landsting är *Kunskap till praktik* som bildades 2008 genom en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL). *Kunskap till praktiks* uppdrag var bland annat, att med de Nationella riktlinjerna som grund, erbjuda Sveriges kommuner och landsting utbildning. Exempelvis ska basutbildningen i missbruks- och beroendefrågor som genomfördes i Stockholms län hösten 2010 ses i det perspektivet. 2011 fick *Kunskap till praktik* tilläggsuppdrag att utveckla barn- och föräldraperspektivet inom missbruks- och beroendevården. I sammanhanget kan nämnas att även *Kunskap till praktik* har lyft behovet av att utveckla samverkan mellan huvudmännen. Ett medel har varit att utbildningarna riktat sig till personal både inom kommuner och landsting och poängen var att yrkesgrupperna skulle gå utbildningarna tillsammans. En central fråga inom *Kunskap till praktik* har även varit att lyfta in brukarperspektivet.

Praktikens kunskap

Under en följd av år har således statsmakterna indirekt styrt missbruksvårdens (praktiken) inriktning. Detta har bland annat skett, vilket nämndes ovan, genom de Nationella riktlinjerna och Kunskap till praktik. Styrningen av kommunala verksamheter under de senaste 15 åren bör generellt sett, ses i ljuset av New Public Management (NPM) vars tankegodis i stor utsträckning inspirerat kommunpolitiker och förvaltningschefer. Idén har varit att kommunala verksamheter skulle marknadsanpassas och brukaren/kommuninvånaren skulle ges möjlighet att välja exempelvis barnomsorg, skola och så vidare. Tänkandet som sådant har även haft inflytande på IFO:s arbete. Talet om öppna jämförelser, beställar- och utförarenheter, mål och budgetstyrning, införlivandet av metoder från näringslivet (exempelvis LEAN), top-down styrning, breda utbildningsinsatser och så vidare är en del av det.

Här är inte platsen att värdera om det varit bra eller dåligt. Intentionerna med till exempel de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården och Kunskap till praktik har varit goda i den meningen att målet varit att utveckla professionen. Men en fundering är var professionen står i dessa frågor eller mera konkret vad anser professionen vara viktiga förutsättningar för att kunna arbeta med personer med psykisk ohälsa, med missbruksproblem, kaotiska livssituationer och så vidare. En annan fråga är vad bedömer professionen som verksamt, vad anser de haft betydelse för människor som tagit sig ut svåra livssituationer.

4. Sammanställning och analys av gruppdiskussionerna

I det här kapitlet är avsikten att lyfta fram och förmedla professionens perspektiv. Utgångspunkten för gruppdiskussionerna under Inspirationsdagen var att undersöka professionens uppfattning om vad som kan ha bidragit till att personer med mångfacetterade problem förändrat sin livssituation samt vilka är missbruksvårdens utmaningar. Grupperna fick uppdraget att i punktform dokumentera vad som diskuterades.

Analysen har gått till på följande sätt. Begrepp som relationer/alliansen, klientens motivation, nätverksarbete, samarbete/samverkan, öppenvård/hemmaplanslösningar vilka utmönstrades vid analysen har relaterats till forskningen inom området och därmed har punkterna utvecklats och fördjupats. Kapitlet är uppdelat i två block, ett som rubriceras *Nödvändiga förutsättningar för klientarbetet* och *Vilka är missbruksvårdens utmaningar*.

Nödvändiga förutsättningar för ett framgångsrikt klientarbete

Relationen/alliansen mellan klienten och socialsekreteraren/behandlaren lyftes fram av professionen som centralt och som en nödvändig förutsättning.

Vad menar vi då med relationer? Vad är dess innebörd? Dessa frågor har sysselsatt forskare under många år. En väsentlig del av det som benämns socialt arbete/psykosocialt arbete handlar om relationer och interaktion med omgivningen. När det gäller relationer till professionella är det viktigt att vara vaksam på att relationen är asymmetrisk. Det råder ett maktförhållande mellan den professionelle och patienten (Topor, 2001, Denhov, 2007). I mötet med klienter är det viktigt att vara medveten om detta förhållande. I relationen läggs grunden både för behandling och återhämtning (Topor, 2001). Men detta är inte tillräckligt, framför allt om personal också ska kunna vara hjälpande. I forskningen kring vad klienter/patienter anser vara en hjälpande relation har följande framkommit (Denhov, 2007):

- Är lyssnad på och förstådd av en behandlare som uppfattas som intresserad och engagerad.
- Är sedd inte bara som klient/patient med problem utan som hel person. Definitivt något mer än sina symtom, sina diagnoser och sina tillkortakommanden.
- Är en person värd att lyssna till med egen unik kunskap som är viktig för behandlaren.
- Är en unik person som ej är möjlig att reducera till ett fall för standardförfarande.

Det som dessa uttalanden från patientintervjuer inom psykiatri betonar, och som också är överförbart till missbruksvården, är betydelsen av behandlarens personliga egenskaper som förmåga till kommunikation, inlevelseförmåga, intresse och engagemang. Samspelet med klienten/patienten är den nödvändiga, om än inte alltid tillräckliga, kärnan. Det är inte i första hand behandlarens tekniker, yrkeskunnande och professionalitet som är av betydelse (Denhov, 2007). Den centrala egenskapen i de samlade skildringarna av vad professionella gjort för att bidra till återhämtningsprocessen (från psykiska sjukdomar) handlar om att de på olika sätt och i vissa situationer satt den formella professionaliteten på spel (Topor, 2001, Denhov, 2007). Innebörden i detta kan bland annat vara att behandlaren trätt fram som person. Kanske blottat sina fel och tillkortakommanden. En annan aspekt i sammanhanget som inte heller kan förringas, och som har betydelse för om relationen ska upplevas som hjälpande, är tid, vilket professionen lyft fram som betydelsefullt. Det tar tid att bygga upp relationer i synnerhet om de ska upplevas som hjälpande (Topor, 2001). Att veta att man har tid på sig är

viktigt. Organisationsförändringar kan i sämsta fall avbryta relationen och vara förödande för både arbetet med att bygga upp relationen men också för återhämtningen (Topor, 2001).

Utöver betydelsen av allians mellan socialsekreterare och klient betonar många grupper behovet av kontinuitet och uthållighet det vill säga insikten om att förändringar tar tid.

Avslutningsvis, är ett ”gott bemötande” och en förtroendefull relation mellan socialarbetaren och klienten en verkningsfull komponent i arbetet, det vill säga det påverkar utfallet av insatsen som helhet positivt. Det har både socialarbetare och klienter erfarenhet av och det finns det också empiriskt stöd för (Wampold, 2001, Denhov, 2007).

Men relation är en del. En annan viktig och grundläggande förutsättning som lyfts fram av professionen är klientens egen motivation att vilja förändra.

Med egen motivation avses helt enkelt att hen uppfattar att det är ett problem (Melin, Näsholm, 1998). Men det kan även vara det omvända att klienten inte är motiverad. Då är det professionens uppgift att tillsammans med klienten utreda/kartlägga situationen (exempelvis via en ASI-intervju). På så sätt kan klient och utredare hjälpas åt att skapa sammanhang och mening. Detta gemensamma arbete kan i bästa fall leda fram till motivation vilket är en viktig utgångspunkt för att förändra sin situation (Melin, Näsholm, 1998). Annat som också är betydelsefullt i det här sammanhanget är att veta att det i relationen till betydelsefulla personer (det kan vara närstående eller professionella) är tillåtet, såväl att lyckas som misslyckas. Detta är viktigt för att våga genomföra förändringar. Om klienten har en livshistoria som domineras av misslyckanden och bestraffningar utgör detta hinder för motivation (Melin, Näsholm 1998).

Professionen lyfter även fram betydelsen av att samarbeta med klientens nätverk.

Inom missbruksvården har historiskt sätt funnits en tradition av att inte samarbeta med klientens nätverk. Emellertid har intresset för detta ökat under de senaste 25 åren. Idag vet vi att det finns god samvarians mellan psykisk/fysisk hälsa och nätverk. Upplevelsen av att finnas i ett sammanhang ger stora utslag vad gäller hälsa och sjuklighet (Melin, Näsholm, 1998). Inte sällan är nätverket vid missbruk litet och glest vilket kan vara ett skäl till att man inte arbetar med nätverket. I synnerhet om nätverket enbart består av personer som missbrukar.

Att arbeta med klientens nätverk är en form av tillämpad systemteori. Det gäller att inte enbart se symtomet utan i stället hela systemet ur mikro- och makroperspektiv. (Melin, Näsholm, 1998). Viktiga frågeställningar är: ”Var bör man sätta fokus avseende problem-lösning? Hur relaterar personerna i nätverket till varandra?” Utgångspunkten är att klienten och hennes nätverk besitter resurser att på egen hand eller med stöd kunna finna svar på dessa frågor och lösningar på problemet (Melin, Näsholm, 1998).

Ytterligare en viktig förutsättning för en fungerande missbruksvård som professionen lyfter fram är samverkan både internt inom kommunen men också mellan huvudmännen det vill säga kommun och landsting (beroendevård/psykiatri).

En fungerande samverkan mellan huvudmännen är en central fråga för professionen. Samverkan är en fråga som haft stor uppmärksamhet i det arbete som Kunskap till praktik genomfört under de senaste åren. Begreppet samverkan kommer att utvecklas närmare under nästa rubrik då fenomenet som sådant i dagsläget också är en av de utmaningarna för missbruksvården.

Vilka är utmaningarna för missbruksvården?

I gruppdiskussionerna har professionen med emfas lyft fram samverkan mellan huvudmännen (kommun/beroendevård/psykiatri) som en grundbult för ett framgångsrikt arbete med personer med missbruk och samsjuklighet.

Sett i backspegeln har frågan om samverkan mellan olika huvudmän (landsting och kommun) varit ett centralt tema under de senaste 25 – 30 åren. Psykiatrireformen (SOU, 1992) innebar ett paradigmskifte då reformen syftade till att begränsa antalet vårdplatser inom de psykiatriska klinikerna. I stället skulle det byggas upp öppnare enheter (träfflokaler, arbetsträning, gruppboheter och så vidare) på hemmaplan (i kommunerna). Organisatoriskt inryms detta inom socialpsykiatrin. Trots reformer och skärpningar i lagstiftningen gällande samverkan kring personer med komplexa vårdbehov, är den allmänna uppfattningen hos professionen att samverkan mellan huvudmännen behöver utvecklas. Den nu pågående satsningen i Stockholms län att utbilda personal från skilda huvudmän (kommun, beroendevård och psykiatri) i Samordnad Individuell Plan (SIP) är ett uttryck för behovet att fördjupa och utveckla samverkan. När man pratar om samarbete och samverkan är det dock viktigt att skilja på begreppen.

Vad är samarbete?

Samarbete betecknar vad som sker mellan människor när de gör något tillsammans. Det är en naturlig del av vardagen och sker mellan personer/funktioner inom en organisation men också mellan personal som ingår i andra organisationer. Utmärkande är att det sker spontant eller sporadiskt. Ett viktigt steg ur samarbetssynpunkt var exempelvis att personal från socialtjänstens missbruksvård och beroendevården började arbeta/samarbeta i gemensamma lokaler (KSL/SLL, 1998). Men trots lokalmässigt samarbete kan det uppstå problem. Det är därför väsentligt att särskilja begreppen samarbete och samverkan eftersom de har skilda innebörder.

Vad är samverkan?

Inledningsvis är det viktigt att framhålla att samverkan mellan organisationer är mer formellt beslutat (Augustinsson, 2010, Danermark, 2003) och är något helt annat än samarbete. Samverkansbegreppet är mångtydigt och komplext (Axelsson och Bihari Axelsson, 2007, Eliasson, 2009) och det är svårt att finna en avgränsad definition. Emellertid, en viktig utgångspunkt för att fastställa vad samverkan är för något är att all samverkan har ett objekt – man samverkar om något. Danermark (2003) har definierat det som medvetna och målinriktade handlingar som utförs tillsammans med andra, i en klart avgränsad grupp avseende ett bestämt problem och syfte. Men, det är här det kan uppstå problem om man inte har klart för sig att samverkan också ställer krav på verksamheter, i form av planering och ledning (Danermark, 2003). Även om syftet med samverkan är att lösa problem, behöver man vara medveten om att samverkan också skapar problem.

Ett första steg är att identifiera skillnaderna mellan olika huvudmän

Ett första steg är att identifiera skillnaderna mellan olika huvudmän. Mer konkret innebär det att i samverkansgrupper identifiera skillnaderna i *synsätt, organisation och regelverk* (Danermark, 2003). Nedan förklaras innebörden i begreppen eftersom dessa måste bli tydliga för alla samarbetande parter. Inom dessa tre dimensioner finns de viktigaste betingelserna för samverkan:

Figur 1: De viktigaste betingelserna för samverkan (Danermark, 2003).

SYNSÄTT	ORGANISATION	REGELVERK
-att det bakom vårt handlande finns en rad antaganden om verkligheten -att människan är en helhet och i arbetet med människor möts flera olika synsätt -att det är viktigt att synsätten klargörs och diskuteras -det ligger i sakens natur att synsätten skiljer sig åt att visa respekt och lära av varandras synsätt att tänka på hur man talar, språket kan utestänga och trycka ned	-att klargöra de organisatoriska strukturerna de inblandade i samverkan kommer från -att reda ut var det beslutas och vem som har rätt att besluta om vad -att delegera de beslut som går och som är lämpliga att delegera -att ge klara beslutsmandat och erforderliga resurser -att redogöra för skillnader i den politiska styrningen	-att regelsystem ibland ger en eller flera av de inblandade i samverkan stor makt över besluten -att denna makt ibland kan missbrukas -att det i ett tidigt skede är viktigt att gå igenom de skillnader som finns i formella och informella regelverk

Modellen illustrerar på ett tydligt sätt viktiga omständigheter som är nödvändiga att undersöka och klargöra när två eller flera organisationer med skilda uppdrag beslutat sig för att samverka. Om dessa förhållanden inte synliggörs är risken stor att samverkansambitionerna går i stå. Exempelvis kan missförstånd mellan olika huvudmän bero på att man inte har kunskap om varandras kompetenser, referensramar och prioriteringar (Germundsson, 2011).

SIP som omnämndes tidigare är ett viktigt steg mot att utveckla och förhoppningsvis fördjupa samarbetet. Det är viktigt att professionen har kunskaper om begreppen samarbete och samverkan för att förstå varför huvudmännen i vissa situationer kan hamna i ändlösa meningsutbyten och att det då och då upplevs som att det inte fungerar som man önskar. Klienter hamnar i kläm mellan olika perspektiv. Behovet av att utveckla samverkan är eftersträvansvärt och i synnerhet när det rör personer med mångfacetterade problem vilka kan vara i behov av insatser från flera huvudmän, kanske samtidigt. Det räcker inte med att ledningen inom kommuner och landsting undertecknar överenskommelser och policydokument om samverkan. Samverkan behöver genomsyra organisationerna på alla nivåer från ledningen ner till personalen på "golvet".

En annan utmaning som professionen lyft är behovet av att utveckla öppenvården det vill säga hemmaplanslösningarna. Viktiga inslag som framhålls som nödvändiga för att öppenvård ska kunna fungera är att missbruksvården är flexibel och tillgänglig,

nätverksarbete, individanpassning och alternativa gemenskaper som kan skapa sammanhang samt arbete och bostad.

Omstyrningen av missbruksvården från institutionsvård till öppenvård tog sin början redan på 1980-talet. Ett skäl var Socialtjänstlagen (SoL) som introducerades 1982 i vilken framhölls närhets- och normaliseringsprincipen. Ett annat skäl som åberopades var att öppenvård kunde motverka passivisering och stigmatisering. Trots att det infördes en ny lagstiftning skedde under 1980-talet ingen nämnvärd utveckling av öppenvården. Utvecklingen av vård i öppna former tog rejäl fart mot slutet av 1990-talet och sammanföll med den ekonomiska kris som kommunerna genomgick i mitten på 1990-talet (Bergmark m. fl, 2008). De öppenvårdsresurser som många kommuner byggde upp var uppsökare/fältpersonal, rådgivningsverksamheter, skyddat boende/inackorderingshem och olika stödformer (Bergmark m. fl. 2008). Likaså byggdes det upp arbetsträningsverksamheter. Även uppbyggnaden av integrerade missbruks/ beroendemottagningar i Stockholmsområdet (KSL/SLL, 1998) skall ses i ljuset av att vården ska finnas tillgänglig på hemmaplan. Öppenvården har ännu inte varit föremål för effektstudier i någon större omfattning. Däremot finns det anekdotisk evidens.

Om relationer, kontinuitet och långsiktighet är en viktig förutsättning i klientarbetet så är det lokala utbudet av öppenvårdsresurser ett nödvändigt stöd för att kunna utföra ett konstruktivt arbete. Utvecklingen av utbudet av öppenvårdsinsatser på hemmaplan har under många år bromsats vilket bland annat kan tillskrivas att den kommunala missbruksvården tilldelats allt mindre resurser (Bergmark m. fl, 2008). Likaså är samverkan mellan kommun, beroendevård och psykiatri fortfarande ett utvecklingsområde.

Avslutningsvis, att bryta ett destruktivt och mångårigt missbruk, handlar i många stycken om att även bryta en livsstil. Kraven som ställs från missbruksvården kanske inte alltid sammanfaller med vad klienten klarar av. I dylika fall kan det vara nödvändigt med en individanpassning av insatserna. När det för klientens del handlar om att bryta en livsstil kan det finnas behov av stöd på många plan som bostad, ekonomi, hjälp att få kontakt med anhöriga/nätverksarbete, testning av arbets-/studieförmåga samt stöd i att finna alternativa gemenskaper. Det sistnämnda är viktigt eftersom människor som bryter upp från ett tidigare liv många gånger står ensamma. Att uppmuntra klienten till att ta kontakt med ideella

organisationer som Stadsmissionen och Musketörerna kan vara ett sätt. RIA³-caféer/verksamheter som fanns på en del håll i Stockholmsområdet tidigare (exempelvis i Solna/Sundbyberg) fyllde för många av besökarna en viktig funktion i den meningen att de fick ett sammanhang att gå till och där de kunde vara på sina egna villkor. De blev även sedda och bekräftade (Arnsvik, 2005). För en del blev det kanske första steget på väg tillbaka till samhället.

Öppenvård som blivit ledordet för missbrukarvården, handlar ytterst om att i hemmiljön skapa former för det meningsfulla mötet, och att ge människor möjlighet att konstruera sitt sammanhang i en miljö som förmedlar hopp. Vidare att få förutsättningar att växa i sin egen takt. Men, hur gör man i praktiken (Arnsvik, 2005).

5. Avslutande diskussion

Att sätta ord på och formulera praktikers iakttagelser och erfarenheter är ett sätt att beskriva socialt arbete med människor med alkohol och drogmissbruk. I sammanställningen och analysen låter jag begreppens innebörder tala för sig själva. Avsikten har inte varit att i analysen föra in de statliga initiativen som har inflytande över missbruks- och beroendevården. Det väsentliga har varit att lyfta in de faktorer som professionen anser ha avgörande betydelse i arbetet med personer som har bekymmer med alkohol- och narkotika, samsjuklighet och så vidare.

Avslutningsvis, FoU-Nordvästs åtagande var att ta ansvar för att sammanställa gruppdiskussionerna. De noteringar som gjordes i arbetsgrupperna, om än knapphändiga och i punktform, ger ändå i sin enkelhet uttryck för olika uppfattningar. De förmedlar vad professionen anser vara viktigt för att kunna arbeta med människor som lever i svåra livssituationer. En reflektion i sammanhanget är att jag vid sammanställningen anade en samstämmighet i vilka faktorer som är betydelsefulla i arbetet detta oberoende av kommun och organisering. Men, det är Ni som ”äger frågan”. Det är Ni som beslutar om fortsättningen. På vilket sätt vill Ni gå vidare? Det finns olika sätt att gå vidare. Ett sätt kan vara en serie av halvdagsseminarier kring olika teman som

³ RIA – Hela Människan. En ekumenisk organisation med uppgift att bedriva socialt arbete på kristen grund.
www.helamanniskan.se

- öppenvård
- förändringsprocesser
- nätverksarbete
- vändpunkter
- och så vidare

Ett annat sätt kan vara att Ni funderar och ger förslag på lokala verksamheter/arbetsätt, som Ni bedömer bestått över tid, och som Ni anser vore intressanta att sprida som goda exempel. Medlet skulle kunna vara att chefsnätverket i samarbete med FoU-Nordväst arrangerar en konferensdag kring temat öppenvård. En sådan modell skulle kanske inspirera.

Referenser

Arnsvik, A, Palm, A. (2005). *Händelser i det tysta*. FoU-rapport 2005:1. FoU-Nordväst.

Augustinsson, S. (2010). *Samverkan, Samarbete och Samordning en omöjlig snårskog eller strategi för hållbar utveckling*. En rapport från komplexa verkligheter och dess konsekvenser. FRUSAM.

Axelsson, R. och Bihari Axelsson S. (2007). *Samverkan och folkhälsa – begrepp och teorier och praktisk tillämpning*. I: Axelsson R. och Bihari Axelsson, S (red). *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.

Bergmark, Å., Lundström, T., Minas, R. & Wiklund, S. (2006) *Socialtjänsten i blickfånget. Organisation, resurser och insatser*. Natur & Kultur.

Bergmark, A., Bergmark Å. & Lundström, T. (2011) *Evidensbaserat socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.

Blomqvist, C (2012). *Samarbete med förhinder – om samarbete mellan BUP, socialtjänst, skola och familj*. Doktorsavhandling. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet

Danermark, Berth. (2000). *Samverkan – himmel eller helvete. En bok om den svåra konsten att samverka*. Gothia.

Denhov, A. (2007). *Hjälpande relationer. I psykiatrisk vård – en litteraturöversikt*.

Eliasson, B (2010). *Konsten med samverkan. Från idéer till praktik*. Licentiatuppsats. Luleå Tekniska universitet.

Germundsson, P. (2011). *Lärare, socialsekreterare och barn som far illa*. Doktorsavhandling. Örebro universitet.

Jergeby, U. (2008). *Evidensbaserad praktik i socialt arbete*. IMS. Gothia förlag.

KSL/SLL (1998). *Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende. Samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län*.

KSL/SLL (2008). *Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende. Samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län*.

Melin, A-G, Näsholm, C. (1998). *Behandlingsplanering vid missbruk*. Studentlitteratur.

Oscarsson, L. (2009). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. En introduktion för praktiker, chefer, politiker och studenter*. Sveriges Kommuner och Landsting. SKL Kommentus.

Prop. 2012/13:77. *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården*.

Socialstyrelsen. (1993:1). *Effekter av offensiv narkomanvård*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar.

Socialstyrelsen. (2007b). *Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård*. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem

SOU 1992:73. *Välfärd och valfrihet – service stöd och vård för psykiskt sjuka*.

Topor, A. (2001). *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Natur & Kultur.

Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate – models, methods and findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.