



”Det har inte varit någon tuffäktning här”

Slutrapport från Landeryds Ängar – En studie av ett boende med särskild service som drivs gemensamt av Linköpings kommun och Östergötland läns landsting

Linda Schultz

FoU-rapport 72:2013

FoU Centrum för Vård,
Omsorg och Socialt arbete

Kommunerna i Linköping, Kinda, Mjölby, Motala,
Ydre och Åtvidaberg samt Linköpings universitet



FoU-rapport 72:2013

”Det har inte varit någon tuffäktning här”

Slutrapport från Landeryds Ängar – En studie av ett boende med särskild service som drivs gemensamt av Linköpings kommun och Östergötland läns landsting

Författare:

Linda Schultz

Handledare: Helena Klöfver
Institutionen för beteendevetenskap och lärande,
Linköpings universitet

FoU Centrum för vård, omsorg och socialt arbete
Kommunerna i Linköping, Mjölby, Motala, Kinda, Vadstena, Ydre och Åtvidaberg
samt Linköpings universitet

ISSN 1651-0232

© författarna & FoU Centrum för vård, omsorg och socialt arbete, Linköpings kommun
LiU-Tryck, Linköping, 2013

Sammanfattning

Den här rapporten är en slutrapport från ett utvärderingsprojekt vid boendet Landeryds Ängar. Landeryds Ängar är ett boende med särskild service för psykiskt sjuka missbrukare, personer med s.k. dubbel diagnos. Boendet drivs i samverkan mellan Linköpings kommun och Östergötlands läns landsting. Syftet med utvärderingsstudien har varit att följa, beskriva och analysera utvecklingen av verksamheten med ett speciellt fokus på att studera hur samverkan mellan de olika huvudmännen fungerar och om samverkan kan bidra till en fungerande modell för målgruppen.

Utvärderingsprojektet som pågick under nästan tre år mellan år 2005-2008 innehåller tre delstudier; en studie som lyfter fram personalens perspektiv, en studie som beskriver brukarnas perspektiv och en som handlar om närsamhällets perspektiv.

Studien är huvudsakligen kvalitativ och baseras på en mängd olika data som intervjuer med personal, brukarintervjuer, kvantitativa mätinstrument, statistik från landstinget, social dokumentation och dokument från kommunen.

Resultatet visar att utvecklingen för boendegruppen är positiv och att målsättningen med en ökad livskvalitet och drogfrihet har uppnåtts. Dessutom visar resultatet att samverkan mellan de båda huvudmännen har fungerat och nya arbetssätt och rutiner har utformats.

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
1.1	Landeryds Ängar	2
1.2	Studiens syfte	3
2	Bakgrund	5
2.1	Samverkan och ansvarsområden	5
2.2	Målgrupp	6
2.3	Verksamhet och arbetsmetoder	7
2.3.1	ACT	9
2.3.2	Case management	10
2.4	Dubbel diagnos	10
3	Metod	13
3.1	Delstudie ett – brukarnas perspektiv	14
3.1.1	Etiska förhållningssätt och vad kan vi ta reda på?	15
3.1.2	Materialinsamling	16
3.1.3	Undersökningsgruppen	19
3.1.4	Behandling och bearbetning av material	20
3.2	Delstudie två – personalens perspektiv	24
3.2.1	Materialinsamling	25
3.2.2	Behandling och bearbetning av material	27
3.3	Delstudie tre – närsamhället	28
3.3.1	Materialinsamling och bearbetning av material	29
4	Resultat delstudie 1 – brukarnas perspektiv	31
4.1	Från aktivt missbruk till sjukdomsinsikt	35
4.1.1	Fas 1: Bättre funktionsförmåga – kompetentare missbrukare eller färre självmedicinärer?	35
4.1.2	Fas 2: Synligare psykiskt funktionshinder och nya somatiska sjukdomar	38
4.1.3	Fas 3: Sjukdomsinsikt och utflyttning	40
4.2	Brukarnas mående, liv och vardag	42
4.2.1	Tiden före LÄ och psykiatrisk avdelningsvård	43
4.2.2	Vardagens innehåll, arbete och fritid	44
4.2.3	Missbruk	48
4.2.4	Psykiskt funktionshinder, ångest och psykoser	50
4.2.5	Behandlingsmotivation och sjukdomsinsikt	53

4.3	Vårdkonsumtion och läkarbesök	54
4.4	Livskvalitet.....	57
4.5	Sammanfattning och slutsatser delstudie 1 – brukarnas perspektiv.....	61
5	Resultat delstudie 2 – personalperspektivet	63
5.1	Tillbakablick – intervjuomgång 1	63
5.1.1	Icke-hierarkiska relationer och öppen kommunikation	64
5.2	Verksamhetens utveckling – en process mot en sammanhållen organisation.....	66
5.2.1	Att starta upp en verksamhet – en förutsättningslös inledning	68
5.2.2	Att hitta arbetsformer och rutiner	69
5.2.3	Vägen till en mogen organisation.....	71
5.3	Sammanfattning och slutsatser delstudie 2 – personalgruppens perspektiv	72
6	Resultat delstudie 3 – närsamhällets perspektiv	75
6.1	Kort beskrivning av närsamhället	76
6.2	Närsamhällets reaktioner – en översikt	76
6.2.1	Protestlistor	76
6.2.2	Inkommande e-mail från allmänheten.....	77
6.2.3	Inkommande brev till kommunen från lokala föreningar och privatpersoner	78
6.2.4	Insändare till Östgöta Correspondenten samt inlägg i tidningens digitala debattforum.....	79
6.2.5	Överklagande hos Läns- och Kammarrätt	80
6.3	Kritikens innehåll – olika argument och teman	81
6.3.1	Barnens säkerhet kan inte garanteras.....	81
6.3.2	Vem bär ansvaret om något händer?.....	84
6.3.3	Omvärlds- och konsekvensanalyser efterfrågas.....	87
6.3.4	Missbruk, tvångsmedicinering och inlåsning.....	89
6.4	”Inget ont om de boende” – kritiken riktades i huvudsak mot politiker	90
6.5	Projektgrupp, informationsmöten och referensgrupp	93
6.6	Sammanfattning och slutsatser – delstudie 3 närsamhällets perspektiv	94
7	Avslutande diskussion	97
8	Källor	101
8.1	Tryckta källor	101
8.2	Icke tryckta källor.....	102
9	Bilagor	105

1 Inledning

Individer med psykiatrisk funktionsnedsättning eller sjukdom som dessutom är missbrukare är en grupp som ofta riskerar att hamna mellan stolarna i välfärdssamhället. På grund av deras dubbla diagnoser uppstår det osäkerhet om *var* och *hur* de ska vårdas och behandlas. Den nationella psykiatrisamordningen som tillsattes 2003 av regeringen hade bland annat som uppdrag att se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, resurser och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder.¹ Uppdraget omfattade även att studera problemområden som rör personer med ett samtidigt psykiskt funktionshinder och missbruk. Utredningen visade att de s.k. dubbeldiagnosticerade är en av de mest utsatta grupperna i vårt samhälle. Då frågan om vilken instans i samhället som ska ansvara för den här gruppen inte är given blir konsekvensen att de lätt bollas mellan olika organisationer. För vem ska ta hand om missbruket och vem ska ta hand om den psykiska sjukdomen? Framförallt är det socialtjänsten och landstinget som berörs och ansvarar för olika delar av vården och omsorgen för dubbeldiagnosticerade men det kan vara svårt att tydligt se vart gränserna ska dras mellan myndigheterna. Psykiatriutredningen betonar att det krävs samverkan kommuner och landsting för individer med dubbla diagnoser. Samverkan ses vara den bästa vägen att gå för att hantera den organisatoriska problematiken men framförallt för att på bästa sätt kunna hjälpa och stödja den här gruppen. Insatser som görs bör vara integrerade och kunna ske samtidigt visar psykiatriutredningen och konstaterar vidare att det inte finns något stöd för att det ena problemet måste vara behandlat innan nästa kan åtgärdas. Organisationer och verksamheter behöver därför anpassas för att denna grupp ska kunna ges bra vård, omsorg och behandling.²

¹ Riksdagen, Dir. 2003:133 En nationell psykiatrisamordnare

² Missbruk och samtidig psykisk sjukdom – en programförklaring i 10 punkter.

1.1 Landeryds Ängar

Omsorgsnämnden och Närsjukvården i centrala Östergötland skall i samverkan bedriva verksamhet i boendet med ett långsiktigt perspektiv för personer som har både särskilda omvårdnads- och medicinska behov. Möjligheter till daglig sysselsättning erbjuds inom boendet.³

Landeryds Ängar (hädanefter LÄ) är ett boende bestående av 13 lägenheter med särskild service för individer med dubbla diagnoser. Verksamheten drivs, via ett samverkansavtal, gemensamt av Linköpings kommun och Landstinget i Östergötland. Boendet skapades på grund av att man uppmärksammat att det fanns brister i verksamheten gällande individer med samtidiga diagnoser. Gruppen missbrukare med en samtidig psykisk störning hamnade ofta mellan kommunens, specialistpsykiatrins och beroendesjukvårdens olika ansvarsområden och en strukturerad samverkan mellan kommun och landsting gällande denna grupp efterfrågades. Dessutom såg man ett behov av ökat utbyte mellan de olika kompetensområdena; primärvård, beroendesjukvård, specialistpsykiatri och rättspsykiatri, där utvecklandet av specialkompetens kunde möjliggöras.⁴ Mot denna bakgrund startades LÄ 2005.

Denna rapport är resultatet av en studie som genomförts vid Landeryds Ängar där bland annat samverkan mellan olika organisationer och de boendes livskvalitet varit i fokus. Studien har genomförts via FoU-centrum i samarbete med Landstinget i Östergötland samt Linköpings kommun och pågick mellan januari 2006 och december 2008.

³ Linköpings kommun, Dnr On 2004.0114 Samverkansavtal mellan Linköpings kommun och Landstinget i Östergötland avseende bostäder med särskild service vid Landeryds Ängar.

⁴ Linköpings kommun, Dnr On 2004.0114 Länsansökan avseende de länsvis planerade och samlade insatser för personer med psykisk sjukdom/psykiska funktionshinder baserade på de särskilda medlen. Satsning på psykiatri och socialt stöd och social omsorg för personer med psykisk sjukdom/psykiska funktionshinder med hjälp av särskilda medel enligt regeringsuppdrag S2005/441/HS.

1.2 **Studiens syfte**

Syftet har varit att följa, beskriva och analysera utvecklingen av en verksamhet med bostäder för psykiskt funktionshindrade – så kallade dubbeldiagnostiserade – personer som startats i samverkan med olika huvudmän.

Studien har haft ett långsiktigt perspektiv med fokus på etablerandet och utvecklingen av verksamheten. Det har även varit av vikt att täcka in och beskriva flera olika aspekter av verksamheten och boendet. Inledningsvis ringades därför tre olika problemområden in och dessa kom vidare att ligga till grund för projektets tre delstudier som var och en lyfter olika aspekter av verksamheten:

1. **Delstudie 1: Brukarnas perspektiv** avser att undersöka de boendes livssituation och dess utveckling samt hur samverkan mellan olika huvudmän påverkar deras livssituation och utveckling.
2. **Delstudie 2: Personalperspektivet** fokuserar på hur personal från olika bakgrunder tillsammans organiserar en gemensam verksamhet och hur denna samverkan fungerar. Det är organiseringen och organisationen som står i fokus men genom ett personalperspektiv.
3. **Delstudie 3: Närsamhällets perspektiv** ser till hur relationen mellan allmänheten och personer med vårdbehov ser ut och hur ett boende av det här slaget lyckas med sin etablering i ett närsamhälle.

Genom de tre skilda delstudierna kan en sammansatt bild av verksamhetens betydelse och funktion för såväl brukaren, personalen och närsamhället beskrivas. De tre delstudierna, deras olika frågeställningar, upplägg och genomförande presenteras och diskuteras närmare i metodkapitlet.

2 Bakgrund

I kommande avsnitt beskrivs verksamheten vid LÄ närmare gällande bland annat samarbetet mellan kommunen och landstinget och arbetsmetoder. Dessutom ges en beskrivning och definition av begreppet dubbel diagnos och den problematik som förknippas med målgruppen psykiskt funktionshindrade missbrukare.

2.1 *Samverkan och ansvarsområden*

Boendet LÄ omfattas av 13 enskilda bostäder med särskild service. Förutom lägenheterna finns det gemensamma utrymmen för de boende samt personalutrymmen. Personal finns tillgänglig dygnet runt och verksamheten drivs med ett långsiktigt perspektiv där boendet ses som ett permanentboende för de individer som finns där. Vid LÄ finns personal från både Linköpings kommun och Östergötland läns landsting. Verksamhetspersonalen inklusive föreståndaren är anställd av kommunen och den psykiatrisjuksköterska som finns vid LÄ är anställd av landstinget. Dessutom ansvarar landstinget för att tillhandahålla läkare, psykolog samt arbetsterapeut/annan kompetens.

Under planeringsfasen för LÄ fastslogs vikten av att ha en bred kompetens inom personalgruppen. För att kunna ge så god vård som möjligt till individer med en dubbeldiagnos är det centralt att rätt diagnos ställs. En förutsättning för detta är multiprofessionella bedömningar, det vill säga att bedömningar görs av flera aktuella professioner som exempelvis läkare, psykolog, socionom, socialpedagog, behandlingsassistent, arbetsterapeut med flera.⁵ Vid LÄ finns förutom de ovan nämnda tjänsterna även en bred och omfattande kompetens inom den kommunanställda verksamhetspersonalen. Här återfinns bland annat

⁵ Linköpings kommun, Dnr On 2004.0114 Ansökningsformulär till socialstyrelsen.

behandlingsassistenter, behandlingspedagog, skötare, socionomer, socialpedagoger, hälsopedagoger, undersköterskor och alkoholterapeuter.⁶

De båda organisationernas ansvarsområden gällande både insatser och ekonomi regleras i samverkansavtalet. Kommunens huvudsakliga ansvar rör omvårdnad, stöd och sociala kontakter medan landstinget bidrar med medicinsk kompetens samt olika utredningar. Se vidare sammanställning gällande insatser och personal nedan.

	Linköpings kommun	Landstinget
Ansvarsområden:	Personlig omvårdnad Stöd i boende Sociala kontakter Daglig sysselsättning	Medicinska insatser Psykologutredningar Funktionsbedömningar
Personal:	Föreståndare Vuxenpedagoger	Sjuksköterska Läkare Psykolog Arbetsterapeut/annan kompetens

Tabell 1: Ansvars- och personalfördelning mellan Linköpings kommun och Östergötland läns landstings vid LÄ

2.2 Målgrupp

I samverkansavtalet har målgruppen för boendet LÄ formulerats:

Personer med långvariga psykiska funktionshinder i kombination med missbruksproblematik som är i behov av ett långvarigt stöd i boendet.⁷

Det är svårt att beskriva individer med en dubbeldiagnos i gemensamma termer då både den psykiska sjukdomen/funktionshindret och missbruket kan se olika

⁶ Lönebrink, T. (2006) Boende med särskild service för psykiskt funktionshindrade missbrukare i Linköping.

⁷ Linköpings kommun, Dnr On 2004.0114, Samverkansavtal

ut från fall till fall. I psykiskt funktionshindrade missbrukares sjukdomsbild kan det finnas en hög grad av komplexitet, de kan även vara en sårbar grupp och utnyttjas lätt av andra missbrukare.⁸ För att boendet skulle fungera bra ansågs det även vara av vikt att dynamiken i boendegruppen noga tänktes igenom innan starten. Under den inledande planeringsfasen fanns både den kommande föreståndaren och läkaren med och av erfarenhet visste man att individer med olika kategorier av psykiska störningar kan påverka varandra negativt. Därför bestämde man sig för att specificera målgruppen ytterligare och på så vis försöka få en relativt homogen boendegrupp vid LÄ. En snävare definition av målgruppen formulerades och kom att användas internt inom kommunen för att vara till hjälp vid de beslut som togs om vilka individer som skulle flytta in på LÄ. Den egna definitionen kom att bli:

Individer med psykisk ohälsa i form av psykosjukdom, oavsett genes, eller psykosnära tillstånd och därtill ett substansberoende. Till substansberoende räknas beroende av alkohol, narkotika eller/och narkotikaklassade läkemedel ej föreskrivna av läkare. Där kombinationen genererar påtaglig sänkt funktionsnivå och ett komplext behov av omvårdnad och stöd.⁹

Det kan dessutom sägas om målgruppen att den har ett stort behov av personlig omvårdnad och stöd i sitt dagliga liv när det gäller rutiner och struktur. De behöver uppleva trygghet och kunna känna tillit till sin omgivning, de som medicinerar behöver även stöd att sköta medicineringen. Inom målgruppen kan det förekomma personer med låg begåvning eller förvärvad hjärnskada, det kan även förekomma kriminalitet i gruppen.¹⁰

2.3 Verksamhet och arbetsmetoder

Målsättningen med verksamheten vid LÄ är att de boendes livskvalitet ska förbättras och höjas. Flertalet av de boende har en bakgrund där de flyttats runt mellan olika boende och vårdformer, många gånger har deras liv varit turbulent

⁸ Lönebrink, T. (2006)

⁹ Ibid.

¹⁰ Linköpings kommun, Dnr On 2004.0114 Förfrågningsunderlag och kravspecifikation

och framtiden varit osäker. En central aspekt i verksamheten vid LÄ är att erbjuda ett tryggt boende där personer som bor där ska kunna få ett värdigt liv med sociala kontakter och möjlighet till daglig sysselsättning.¹¹ I huvudsak bygger verksamheten på fyra grundprinciper:

1. God följsamhet i medicinering
2. Reducering av missbruk/drogfrihet
3. Tryggt boende
4. Sysselsättning¹²

En viktig förutsättning för att de satta målsättningarna ska kunna mötas är att drogfrihet eftersträvas. Vi LÄ finns det ordningsregler gällande bl.a. droger som de boende förbinder sig att följa när de flyttar in. Ordningsreglerna fungerar som ett stöd i verksamheten och ger de boende en struktur att förhålla sig till vad gäller deras missbruk.

1. Att inte förtära eller inneha alkohol eller andra droger i lägenheten eller de gemensamma lokalerna eller i dess omgivning.
2. Att inte vistas drogpåverkad i gemensamma lokaler.
3. Att inte ta emot besökare som är drogpåverkade.
4. Att inte använda våld eller hot mot övriga boende, personal eller besökare¹³

Drogfrihet är en viktig målsättning i arbetet men har inte satts upp som ett krav för att få bo vid LÄ. Flertalet av de boende var aktiva i sitt missbruk vid inflyttningen och de gemensamma ordningsreglerna har därför utgjort en viktig del av arbetsmetoden. När boende påträffas påverkade vid LÄ får de enbart vistas i sin egen lägenhet. Dessutom finns det möjlighet för personalen att

¹¹ Ibid.

¹² Lönebrink, T. (2006)

¹³ Linköpings kommun, Dnr On 2004.0114, Förfrågningsunderlag och kravspecifikation

utnyttja en vårdplats vid beroendekliniken på sjukhuset om boende kommer in i ett kraftigt missbruk.

När det gäller arbetsmetoder för verksamheten kan det först och främst sägas att det finns en fokus på att ta tillvara de olika professionernas egenskaper och färdigheter på ett optimalt sätt. Då det vid LÄ finns personal från såväl kommun som landsting och alla har olika bakgrund och erfarenheter ser man det som en styrka att på bästa vis kunna dra nytta av dessa olika perspektiv. Vidare kan det sägas att man valt att arbeta efter en modell kallad *Assertive Community Treatment (ACT)*.

2.3.1 ACT

ACT-modellen kan beskrivas som en modell där patientens erfarenheter, värderingar och bild av sig själv vägs samman med den sjukdomsbild som råder samt kliniska erfarenheter och den forskning som råder inom området. Modellen baseras bland annat på multidisciplinära team som arbetat aktivt uppsökande där man även arbetar med att koordinera insatser. Dessutom kan det sägas att modellen bygger på samhällsbaserade team som ansvarar för en definierad grupp av patienter, hög grad av tillgänglighet samt icke tidsbegränsade tjänster.¹⁴ Det sistnämnda innebär att insatser är strukturerade och sker under lång tid. Det långsiktiga perspektivet på patienten innebär även att nya inskrivningar av boende vid LÄ sker med ett lämpligt intervall och är begränsade. Dessutom är modellen inriktad på att förändra drogvanor hos den boende och att det finns en god följsamhet till den medicinska behandlingen av den psykiska sjukdomen. Denna modell ger förutsättningar för att arbeta aktivt och uppsökande, personalen har en personlig kontakt med de boende och de finns på plats dygnet runt till stöd och hjälp.¹⁵

¹⁴ Malm, Ulf (2002) ”Modell och arbetssätt för en samhällsbaserad psykisk hälsovård.” i Ulf Malm red. *Case Management – Evidensbaserad integrerad psykiatri*. Lund: Studentlitteratur

¹⁵ Lönebrink, Thomas. Dubbel diagnos. Arbetsmaterial vid Landeryds Ångar (opublicerat)

2.3.2 Case management

ACT-modellen innefattar oftast att man även arbetar med en samordningsfunktion som kallas Case management. Case management innebär att ett samlat grepp tas kring alla de åtgärder som görs för en patient. Det är på så vis en samordningsfunktion och en arbetsmetod för att patienten ska få den service och vård som behövs när de behöver den. En case manager har ansvar för att planera, organisera och samordna de åtgärder som görs för en patient.¹⁶ Vid LÄ fungerar det på så vis att alla boende har en kontaktperson i personalen som tar ansvar för planering och organisering av det som rör den boende. Kontaktpersonen har även ett speciellt ansvar för att samordna och handha varje boendes handlingsplan.

2.4 Dubbel diagnos

Definitionen ”dubbel diagnos” blev ett vanligt begrepp inom missbruksvården under 1990-talet. Begreppet står för samtidig psykiatrisk sjukdom/funktionsnedsättning och alkohol-och/eller drogberoende. Det är inget nytt fenomen att personer som lider av en psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning även kan ha ett utvecklat missbruk, flertalet studier visar snarare att förekomsten av psykiska problem är vanligare hos missbrukare än hos normalpopulationen¹⁷. Socialstyrelsen visar i sin rapport om psykiskt störda missbrukare att:

- personlighetsstörningar (alla typer) finns hos 65-85 procent av alla narkotikamissbrukare
- medelsvåra till svåra depressioner och svåra ångesttillstånd finns hos 30-60 procent

¹⁶ Nilsson, Sonia & Malm, Ulf (2002) ”Bakgrund” i Malm, Ulf (red.) *Case Management – Evidensbaserad integrerad psykiatri*. Lund: Studentlitteratur

¹⁷ Berglund, Mats m.fl. (2000) *Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt* Liber AB Stockholm s.242f

- och psykoser finns hos i genomsnitt 15 procent av narkotikamissbrukarna¹⁸

Det går inte att beskriva individer med dubbla diagnoser som en enhetlig grupp, snarare är det så att denna grupp är ytterst heterogen och komplex. En individ som exempelvis har diagnosen borderline och samtidigt är alkoholmissbrukare är väldigt olik en person som har diagnosen schizofreni och amfetaminmissbruk. Både deras psykiska sjukdom och deras missbruk gör att de beter sig på olika sätt och har olika vårdbehov. Det är dessutom ofta inte fråga om två samtida diagnoser utan om många samtida diagnoser. Flertalet av de som räknas som dubbeldiagnospatienter är blandmissbrukare och har både personlighetsstörningar och psykiska sjukdomar. De har dessutom p.g.a. sitt leverne och missbruk ofta somatiska sjukdomar som hepatit, leversjukdomar, diabetes m.m.¹⁹ När det kommer till missbrukare med svårare psykiska störningar lever de många gånger mycket destruktivt och saknar förmåga att ta ansvar för sig själva, vilket medför sociala och ekonomiska problem. I missbrukarkretsar anses de vara udda och konstiga och lever därför även i utkanten av dem²⁰

I många fall kan det vara svårt att säkerställa en psykiatrisk diagnos eftersom intaget av droger och/eller alkohol påverkar beteendet. Missbruk av vissa droger kan exempelvis utlösa psykoser som sedan helt försvinner när personen i fråga är fri från missbruket. Detta försvårar en integrerad behandling av dubbeldiagnospatienter. Från psykiatrins sida vill man att individen ska vara ren för att man ska kunna ställa diagnos och behandla den psykiska sjukdomen på ett korrekt sätt. Från missbrukssidan anser man att den psykiska sjukdomen försvårar arbetet med missbruket och att den psykiska sjukdomen måste behandlas innan man kan nå framgång i behandlingen mot missbruket. När det gäller förhållandet mellan den psykiska störningen och missbruket kan det vara

¹⁸ Socialstyrelsen (1996) Psykiskt störda missbrukare, SoS-rapport 1996:114 s.22

¹⁹ Gerdner, Arne & Sundin, Örjan (red) (1998) *Dubbel trubbel – Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*. Behandlingshemmet Runnagården s.13f

²⁰ Socialstyrelsen (1996) s.8f.

svårt att avgöra vad som utvecklats först eller hur de är beroende av varandra, fyra olika kategorier brukar dock vanligtvis urskiljas:

1. Den psykiska störningen är primär i relation till missbruket. Den psykiska problematiken kan vara ett skäl till användandet av droger, exempelvis genom självmedicinering.
2. Den psykiska störningen orsakas av missbruket och är på så vis sekundär i relation till missbruket. Under eller i direkt anslutning till missbruket kan psykoser utlösas eller depressions- och ångesttillstånd utvecklas. Ofta avklingar de psykiska störningarna när missbruket upphör.
3. Till denna kategori räknas individer som har en latent psykiska störning som utlöses av missbruk. Missbruket kan med andra ord aktivera psykisk sjukdom. Individer som är sårbara av olika skäl, biologiskt, psykologiskt, socialt, kan lättare utveckla både missbruk och psykiska problem.
4. Missbruk och psykisk störning existerar parallellt och det finns inget inbördes orsakssamband. Istället interagerar de och förstärker varandra på ett negativt sätt²¹.

Individer med samtidigt missbruk och psykisk sjukdom är med andra ord extra utsatta och de har i många fall ansetts vara svåra att behandla vilket även har lett till att de prioriterats lågt²². Vikten av att hitta samverkansformer och integrerade behandlingsformer är central för psykiskt sjuka missbrukare och betonades starkt i den nationella psykiatriutredningen²³.

²¹Socialstyrelsen, (1996). s.17 och Berglund, M. m.fl., 2000 s.244

²² Mueser, Kim T. & Gefvert, Ola. (2006) *Dubbel Diagnos. Allvarlig psykisk sjukdom och missbruk: en forskningsöversikt* Stiftelsen ett helt liv. Karlskrona s.5

²³ SOU 1992:73 *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda*

3 Metod

Under projektets gång har ett varierande och även omfattande material samlats in. Datainsamlingen och hur den genomförts skiljer sig åt mellan de olika studierna och kommer att beskrivas var för sig närmare i detta kapitel. Projektet som helhet utgår dock från några gemensamma metodologiska val och ansatser. Först och främst kan utvärderingen beskrivas som kvalitativ, även då det finns inslag som är av en mer kvantitativ karaktär, så präglas projektet av en vilja att *förstå*, *förklara* och *beskriva* de boendes livssituation, utvecklingen av verksamheten och hur de olika organisationerna samverkar och möts. Genom en del av det insamlade materialet har det varit möjligt att konkret mäta och värdera mål och resultat för verksamheten och dessa delar kan därför definieras som mer kvantitativa i sin karaktär. Däremot har resultaten genomgående använts som ett medel för att förstå, analysera och blottlägga de mekanismer som lett till den utveckling som kan ses.

Det har dessutom funnits en interaktiv ansats genom hela projektet, vilket rent konkret har inneburit att delar av upplägget och genomförandet har formats gemensamt av oss och medarbetarna vid LÄ. Interaktiv forskning strävar efter att forskare och praktiker arbetar tillsammans i syfte att nå ett ömsesidigt lärande. Grundtanken i den interaktiva forskningsansatsen är att forskning bör bedrivas *med* samhällets olika aktörer inte *om* eller *på* dem. Samtidigt som ansatsen är att forskningen ska vara utvecklingsinriktad och genomföras i ett nära samspel med berörda aktörer finns ambitionen att den ska anta ett kritiskt perspektiv och bidra till teoriutveckling.²⁴ Medarbetare vid LÄ har deltagit i forskningsprocessen på olika vis och till olika grad. Det har framförallt varit värdefullt att genom dialog med personal från verksamheten diskutera olika upplägg och val vad gäller insamling av material. Det har även varit betydelsefullt att tillsammans diskutera olika resultat under projektets gång och hur dessa resultat kan förstås. Medarbetarna vid LÄ har en unik insikt i brukarnas liv som ger dem värdefull kunskap om brukarnas mående, kapaciteter,

²⁴ Svensson, Lennart m.fl. (red.) (2003) *Interaktiv forskning – för utveckling av teori och praktik* Arbetslivsinstitutet

förmågor mm. På så vis har även medarbetarnas kunskaper varit ett stöd och en vägledning genom projektet framförallt vad gäller delstudien brukarnas perspektiv. Samarbetet och ”graden av interaktivitet” ter sig olika i delstudierna vilket tydligare kommer framgå i nedanstående beskrivningar.

3.1 Delstudie ett – brukarnas perspektiv

Delstudiens huvudsakliga syfte är att studera och beskriva de boendes vardagsliv, livssituation och livskvalitet samt hur dessa har utvecklats över tid. En individs livskvalitet är svår att konkret värdera eller mäta eftersom en stor del av begreppets innebörd är subjektiv. Livskvalitet kan definieras dels genom yttre faktorer som inkomst, boendesituation, hälsa, socialt nätverk, arbete m.m och dels genom den enskildes subjektiva upplevelse av dessa yttre faktorer och av sitt liv. På så vis är det svårt att definiera vad god livskvalitet utgörs av och möjligt ännu svårare att mäta en individs livskvalitet. Syftet har därför inte varit att i första hand värdera brukarnas livskvalitet eller huruvida den förändrats. Istället har studien sökt att undersöka och beskriva brukarnas livssituation och vardagsliv utifrån en rad olika aspekter som kan tänkas påverka deras vardag och livssituation. Genom att lyfta, undersöka och beskriva dessa skilda aspekter finns dock en förhoppning om att delstudien kan ge en helhetsbild av brukarnas liv och även indirekt ge en bild av deras livskvalitet. De aspekter som vi inledningsvis av projektet var intresserade av att undersöka var:

- Situationer och händelser som ledde till inflyttning vid LÄ
- Brukarens sociala nätverk
- Vardagens innehåll
- Missbruk
- Psykiskt hälsotillstånd
- Följsamhet och medicinering
- Kriminalitet
- Slutenvårdskonsumtion
- Farlighetsbedömning

3.1.1 Etiska förhållningssätt och vad kan vi ta reda på?

Som vid all forskning där individer är studieobjektet har det varit av central betydelse att respektera de studerades integritet. I det här fallet är dessutom studieobjekten individer som i nästan hela sina liv haft regelbunden kontakt med myndigheter på olika vis. Flertalet av brukarna har varit frihetsberövade²⁵ under perioder av sina liv och helt under olika myndigheters vård. Dessutom kan de boende vid LÄ definieras som sköra och instabila på så vis att deras psykiska hälsa lätt kan påverkas av exempelvis nya främmande intryck och av nya människor. Det har under hela projektet varit angeläget att studien inte ska påverka de boende på ett negativt sätt. Inledningsvis var det därför inte aktuellt att göra intervjuer eller deltagande observationer där vi som forskare träffar de boende. Längre fram i projektet genomfördes dock en enklare intervju med de boende då merparten av dem var stabila i sitt mående och drogfria. Mer om det nedan under datainsamlingen.

Det har varit en utmaning att samla in så mycket data som möjligt om de boende utan att träffa dem personligen. Mycket av det vi har varit intresserade av att ta reda på om brukarna är data som finns hos antingen Landstinget eller Socialtjänsten i Linköpings kommun. Till exempel så har Landstinget statistik över hur ofta de boende vid LÄ sökt läkarvård eller varit inlagda på avdelning, så kallad slutenvårdskonsumtion. Vid socialkontoret finns data om de boendes missbruk, historia, tidigare åtgärder, sociala insatser m.m. Sjuksköterskan vid LÄ var behjälplig att få fram information vad gäller läkarbesök och slutenvårdskonsumtion. All data avkodades innan materialet kom oss till del. De boendes personnummer byttes mot en enkel siffra, dvs. individ 1, individ 2 osv. När det gällde att få ta del av de boendes sociala journaler vid socialkontoret så ansökte vi om tillstånd hos sociala förvaltningen. I ansökan betonades att vi inte var intresserade av att kartlägga varje enskild individs liv utan att det var målgruppen ”dubbeldiagnosticerade” som vi ville studera närmare. Vi gavs tillstånd att sitta på socialkontoret och läsa de sociala journalerna men med förbehållet att inte kopiera, ta med eller fotografera materialet.

²⁵ Exempelvis genom LVM Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LPT Lag om psykiatrisk tvångsvård eller LRV Lag om rättspsykiatrisk vård

De boende vid LÄ har informerats om studien både muntligt av sjuksköterskan och via brev författat av oss. De har även godkänt att uppgifter²⁶ om dem själva får lämnas ut till oss, detta förankrades ytterligare genom att båda parter (forskare och boende) skrev under ett papper som informerar om studien och vårt hanterade av uppgifterna.

3.1.2 Materialinsamling

Vi har varit intresserade av att få en så heltäckande bild som möjligt av brukarnas liv, historia och aktuella situation. För att göra det har 4 olika former av material samlats in; de s.k. SORM-mätningarna, statistik från Landstinget, dokumentation från socialtjänsten och en strukturerad intervju med brukarna. Nedan beskrivs materialet som används närmare:

1. SORM *Structured Outcome Assessment and Community Risk Monitoring*:

SORM kan enklast beskrivas som ett strukturerat frågeformulär som i första hand har utvecklats för att bedöma risken för våldsamt beteende och våldsamma handlingar hos patienter/klienter. Trots att de flesta av de som bor på LÄ inte har våldsamma händelser i sin bakgrund eller skulle bedömas som våldsbenägna så har SORM använts vid LÄ. Detta till stor del på grund av att frågeformuläret berör så många olika aspekter av de boendes livssituation och på så vis kan ge en bild av utvecklingen hos brukarna. SORM berör hur de pågående insatserna ser ut, den sociala situationen med boende och ekonomi bland annat, hur det sociala nätverket ser ut med familj och vänner samt en rad olika kliniska faktorer. Bland de kliniska faktorerna kan nämnas sjukdomsinsikt, ångest- och psykossymtom, behandlingsmotivation, medicinering och missbruk.²⁷ SORM besvaras och fylls i gemensamt av boende och sjuksköterskan vid LÄ. Sjuksköterskan gör vidare den slutliga riskbedömningen som SORM mynnar ut i samt sammanställer och arkiverar svaren. Genom SORM gavs en unik möjlighet

²⁶ Detta gäller information från Landstinget, från socialkontoret samt för riskbedömningsverktyget SORM

²⁷ Sturidsson, Knut. (2004) *SORM – utvecklandet av en klinisk modell för riskhantering i rättspsykiatrisk öppenvård* Institutionen för Klinik Neurovetenskap Karolinska Institutet: Stockholm

att följa de boendes utveckling vad gäller bl.a. missbruk och hälsotillstånd. På grund av dess strukturerade form gavs även möjligheten att mäta utvecklingen och värdera mål. Dessutom kunde inte resultaten i SORM påverkas av personliga insikter eller förkunskaper hos användaren/forskaren tack vare dess strukturerade och tydliga ram. (Se vidare bilaga 1.)

2. Statistik från Landstinget

Som beskrivs ovan så var vi intresserade av att se om de boendes behov av läkarvård och slutenvård hade förändrats sedan de flyttat in vid LÄ. Det visade sig vara relativt enkelt att få fram siffror på antal besök hos läkare och antal tillfällen med slutenvård mycket tack vare att det vid LÄ finns landstingsanställd personal. Sjuksköterskan vid LÄ tog fram statistik över slutenvårdskonsumtion och läkarbesök för de boende. Detta material togs fram när verksamheten vid LÄ hade varit igång lite mer än två år och täckte med andra ord in statistik från och med att de boende hade flyttat in. Det intressanta var att se om antalet läkarbesök och konsumtionen av slutenvård hade förändrats efter inflyttning vid LÄ. Därför togs även äldre statistik fram som sträckte sig bakåt i tiden till två år innan de olika boendes inflyttning vid LÄ. Allt material avkodades på så vis att alla personuppgifter som namn och personnummer togs bort och ersattes av ett nummer innan det kom oss tillhanda.

3. Dokumentation från socialtjänsten

För att få en så god bild som möjligt över de boendes situation, deras bakgrund och vilka händelser som har lett fram till deras nuvarande situation var det av vikt att kunna få ta del av socialkontorets information kring de boende. Som nämnts ovan ansökte vi om tillstånd att ta del av de sociala journalerna som fanns hos socialkontoret i Linköping. Vi fick tillstånd från socialkontoret och efter att de boende informerats och gett sitt samtycke kunde de sociala journalerna gås igenom på plats i socialkontorets arkiv. Inget material har kopierats eller på annat sätt tagits med från socialkontoret. Däremot kunde kortare sammanfattande anteckningar över varje boendes historia föras ned tack vare journalerna. Det var framförallt intressant att se vilka tidigare åtgärder som satts in från kommunens sida, ifall psykiatriska utredningar genomförts, vilka

tidigare placeringar brukarna haft, om de varit tvångsomhändertagna via LVM²⁸, LPT²⁹ eller LRV³⁰. I flera fall kunde även journalerna ge information om de boendes uppväxtmiljö och hemförhållanden, deras skolgång, eventuella yrkeserfarenheter och tidigare boendesituation.

4. Strukturerad intervju

Under projektets gång har det vid ett flertal tillfällen diskuterats *om* och *hur* de boendes egna upplevelser och erfarenheter gällande sin situation och sin livskvalitet kommer fram i det insamlade materialet. Då utvärderingen är kvalitativ i sin karaktär är det centralt att studieobjektets egna utsagor får en tydlig plats. Under den första tiden av projektet när även verksamheten vid LÄ inte hade pågått så länge så var det inte aktuellt att vi som forskare skulle träffa de boende. Det fördes diskussioner om att de boendes olika kontaktpersoner möjligtvis skulle kunna samla in material i form av en enklare intervju. Under slutfasen av projektet var boendegruppen stabil, de var nästintill drogfria och mådde relativt bra vad gällde deras psykiska funktionshinder. Personalen vid LÄ ansåg att det inte fanns något hinder för oss som forskare att träffa de boende och risken att ett sådant möte skulle skapa oro i gruppen bedömdes som minimal. En enklare intervju i strukturerad form genomfördes med de boende som var intresserade att ställa upp. Intervjun spelades inte in då en diktafon/bandspelare eventuellt kunde skapa obehagskänslor eller oro för de boende. Istället fördes anteckningar under intervjuens gång. Vi var noga med att förklara att vi enbart skrev ned sådant som de boende sa till oss. Intervjun fokuserade på frågor kring hur de boende mådde, hur de trivdes på LÄ vad de tyckte om sitt boende och sin situation och hur de hade haft det innan de flyttade till LÄ. (Se vidare intervjuguide bilaga 2.

²⁸ Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

²⁹ Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

³⁰ Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

3.1.3 Undersökningsgruppen

Boendet vid LÄ omfattas av 13 enskilda lägenheter och har med andra ord plats för 13 boende. Dessa platser fylldes inte från start, istället har man vid LÄ tillämpat vad man kallat för långsam inflyttning. Detta innebär att de boende haft tid att anpassa sig, lära känna varandra och personalen. Det har även inneburit att personalen haft tid att lära känna de boende. (Mer om långsam inflyttning i resultatkapitlet som rör delstudien brukarnas perspektiv.) Under projektets gång har boendegruppen förändrats något. Vid inledningen av projektet bestod gruppen av 11 brukare, sedan dess har 1 brukare avvikit från boendet av eget val. En av brukarna har flyttat till eget boende och en har flyttat till en annan boendeform. Ett par boende har även omplacerats då de inte visade sig passa in i verksamhetens målgrupp men detta skedde innan projektets start. Under projektets gång har flera brukare tillkommit och flyttat in vid LÄ och vid projektets slut var 12 av 13 platser fyllda.

Undersökningsgruppen omfattas av 11 brukare. Under bearbetningen av materialet har varje boende avkodats på så vis att deras namn och/eller personnummer har ersatts med ett nummer. Exempelvis så har varje SORM-mätning som gjorts för en av de boende kodats med patient 1 skattning 1,2,3 osv. På samma vis har de anteckningar som fördes från de boendes sociala journaler avkodats genom att namnen har ersatts med en siffra. Slutligen numrerades intervjuerna efter samma princip. Då inget material samlats in utan de boendes samtycke finns det en del variation vad gäller hur många brukare varje material täcker in. Det kan exempelvis ha varit så att en boende har gett sitt samtycke till att vi får använda SORM-skattningarna men inte velat intervjuas eller velat att vi tar del av den sociala journalen hos socialkontoret. SORM-skattningarna omfattar 9 brukare, personlig intervju har genomförts med 7 brukare och vi har tagit del av 7 av de boendes sociala journaler. Se vidare tabell över materialinsamlingen nedan:

Boende	Statistik från Landstinget	SORM	Sociala akter	Intervju
1	X	X	X	X
2	X	X	X	X
3	X	X	X	X
4	X	X	X	X
5	X	X	X	-
6	X	X	X	-
7	X	X	-	-
8	X	X	-	X
9	X	X	-	-
10	-	-	X	X
11	-	-	-	X

Tabell 2: Datainsamling

Som framgår av tabellen så består den studerade gruppen av 11 brukare. Eftersom inte samtliga brukare gett medgivande för all data eller har velat bli intervjuade var det nödvändigt att på något vis hålla ordning i materialet och på de olika brukarna. Som tidigare nämnts så har materialet avkodats genom att personnamn och personnummer tagits bort från samtliga dokument. Istället ersattes de personliga uppgifterna med ett nummer och på så vis var det möjligt att hålla ordning på materialet. Det bör dock betonas att det aldrig har varit de enskilda individerna som vi varit intresserade av utan målgruppen som helhet och så som den är formulerad för LÄ.

3.1.4 Behandling och bearbetning av material

Det material som samlats in för delstudien; brukarnas perspektiv är inte bara av olika slag det kom även att bli relativt omfattande. Inledningsvis sorterades materialet efter de olika nummer som brukarna fått så det material som rör ”brukare 1” las samman i en hög, det material som rör ”brukare 2” las i en hög osv. Statistiken från Landstinget var inte med i denna sortering delvis eftersom brukarna var numrerade annorlunda i det materialet men även för att det var *antalet* läkarbesök och tillfällen för slutenvårdskonsumtion som var av intresse, inte brukarna som individer. I ett första led av bearbetningen studerades och sammanställdes vidare materialet som fanns för varje enskild brukare. På så vis kom varje enskild boende vid LÄ att bilda ett fall. Som redan nämnts ett par gånger var det dock inte de olika individernas personliga utveckling vi i huvudsak var intresserade av. I ett andra led av bearbetningen lades därför

samtliga fall, dvs. varje boendes fall, samman till ett. Det är med andra ord gruppen dubbeldiagnos som har varit och är i fokus i utvärderingen. Det är även *gruppens* utveckling, vardagsliv och livssituation som senare kommer att beskrivas i resultatkapitlet. Då enskilda citat eller uttryck används i redovisningen görs det inte för att peka ut en enskild brukare utan snarare för att illustrera något som kan gälla för hela boendegruppen och målgruppen vid LÄ. Nedan beskrivs dock först hur bearbetningen av de olika former av data som samlats in har gått till, hur de har sammanställts och vilka sorteringsprinciper som har tillämpats.

SORM

Materialet från SORM-skattningarna var det mest omfattande materialet i delstudien. Det var även det material som tydligast kunde visa på de boendes utveckling sedan de flyttade in vid LÄ. Då projektet avslutades fanns det för varje brukare i genomsnitt 9 skattningar som genomförts under ca 2,5 år. Dessa skattningar eller mätningar ringade in en mängd olika aspekter av brukarnas liv och situation. SORM omfattar sammanlagt 30 aspekter eller frågor. En del av dessa aspekter har varit stabila under hela mätperioden, dvs. de ger samma resultat vid varje mätning. Exempelvis så finns det i mätningarna frågor om boendesituation och eftersom den studerade gruppen hade ett fast boende vid LÄ blev utslaget av denna fråga detsamma vid varje mätning. Ett annat exempel är medicinering, samtliga i boendegruppen har fast och regelbunden medicinering som regleras av sjuksköterskan och läkaren vid LÄ. Även denna fråga var med andra ord opåverkad vid alla skattningstillfällen. SORM täcker även in en del områden som inte har varit i fokus för denna delstudie. Av de sammanlagt 30 frågorna/aspekterna valdes 13 frågor ut. Urvalet baserades delvis på delstudiens syfte och frågeställningar och delvis på boendets utformning och uppdrag. Det senare innebär att vi även var intresserade av att se om och hur de boende har haft någon sysselsättning i någon form sedan de flyttade in vid LÄ. De frågor vi valde samt en kort förklaring till vad de mäter/skattar återfinns nedan:

- 1. Psykiatrisk avdelningsvård:** under denna punkt noterades om brukaren under den gångna perioden varit inskriven vid en psykiatrisk avdelning.

2. **Arbetsfrämjande insatser:** här noteras om brukaren har deltagit i arbetsfrämjande insatser som exempelvis arbetsträning, praktiktjänst, arbetsfrämjande kurser.
3. **Arbete:** här skattas i vilken grad brukaren är i sysselsättning vad gäller arbete
4. **Fritidssysselsättning:** under denna variabel skattas om brukaren är engagerad i någon form av fritidssysselsättning som exempelvis träning, föreningsliv, hobby.
5. **Sjukdomsinsikt:** under denna variabel skattas om och till vilken grad brukaren har insikt i sin sjukdom och sjukdomens konsekvenser.
6. **Ångestsymtom:** här skattas om och till vilken omfattning brukaren har upplevt ångest under den gångna perioden
7. **Psykossymtom:** här skattas om och i vilken omfattning brukaren har haft psykossymtom under den gångna perioden
8. **Bristande behandlingsmotivation:** under denna variabel bedöms brukarens behandlingsmotivation
9. **Missbruk:** här noteras om brukaren under den gångna perioden missbrukat droger eller alkohol och i så fall i vilken omfattning missbruket varit
10. **Egen kommentar kring missbruket:** brukaren får själv kommentera sitt missbruk och den gångna perioden
11. **Egen upplevelse av hälsa:** brukaren skattar sin hälsa på en skala mellan 0-100 där 100 motsvarar utomordentlig hälsa.
12. **Egen upplevelse av livskvalitet:** brukaren skattar sin livskvalitet på en skala mellan 0-100 där 100 motsvarar bästa tänkbara livskvalitet
13. **Egen riskskattning att begå våldshandlingar:** brukaren skattar risken att han/hon ska begå någon form av våldshandling på en skala mellan 0-100 där 0 motsvarar ingen risk.

Varje fråga i SORM har tre svarsalternativ som på olika sätt värderar omfattning och grad av det som mäts. Beroende svaret ges vidare ett positivt utslag i form av ett + i SORM-formuläret, ett negativt utslag i form av – eller ett neutralt utslag i form av 0. Genom dessa plus, minus och nollor kunde vi sedan på ett enkelt sätt följa de boendes utveckling för de olika frågor vi valt att titta närmare på. Varje fråga, aspekt behandlades sedan separat för varje boende. Resultatet

från de skattningar som gjorts under mätperioden fördes samman i en tabell och på så vis var det möjligt att se hur brukarens situation gällande exempelvis psykossymtom sett ut under tiden vid LÄ.

Social dokumentation

De sociala journalerna gav värdefull information om framförallt brukarnas historia. Genom dessa kunde vi bl.a. se vilka tidigare insatser och/eller åtgärder som brukarna varit aktuella för. De gav i flera fall även en god bild av brukarnas skolgång, hemförhållanden, yrkesliv, hur de utvecklade ett missbruk samt hur och när deras psykiska funktionshinder utvecklades. Sammanlagt 7 av de 11 brukarna i undersökningsgruppen gav sitt medgivande till att vi fick studera dokumentationen vid socialkontoret. Journalerna var i de flesta fall väldigt omfattande och det stod tidigt klart att någon form av urvalsprincip behövde tillämpas i läsningen och framförallt vad gäller de anteckningar som gjordes. I ett första led lästes all dokumentation och journalerna rakt igenom utan att några anteckningar gjordes. Genomläsningen gav en översiktlig bild över brukarens/brukarnas historia. I ett andra led lästes journalerna om men då efter principen att det som kunde bedömas vara nyckelhändelser i brukarnas liv och situation antecknades. Dessa nyckelhändelser kunde vara av lite olika slag men handlade ofta om avgörande skeenden vad gäller antingen brukarens missbruk eller psykiska funktionshinder. Nedan ges exempel på vad som bedömdes kunna vara en sådan händelse:

- Händelser som påverkat utveckling av missbruk, exempelvis noteringar om LOB³¹ eller dylikt.
- Händelser/noteringar i journalen som indikerar utveckling av psykiskt funktionshinder. Exempelvis vård vid psykiatrisk klinik, både frivillig eller genom LPT³²

³¹ Omhändertagande av berusade personer enligt LOB; Lag (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m

³² Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

- Beslut som påverkar individens livssituation. Exempelvis beslut om sjukpension, stöd i hemmet genom LSS³³
- Vård vid behandlingshem genom LVM³⁴ eller frivilligt.
- Utredningar rörande psykiskt funktionshinder eller andra utlåtande av läkare.
- Boendesituation som förändras genom exempelvis vräkning.

Tillsammans kunde dessa händelser ge en god bild av brukarens tidigare liv, hur de utvecklats ett missbruk, hur deras psykiska funktionshinder utvecklats och bedömts av myndigheter och vården. Det gav även en bild över om brukaren varit föremål för olika insatser eller åtgärder med syftet att stödja och hjälpa individen att komma ur sitt missbruk samt vilka tidigare boendeformer som varit aktuella. Anteckningarna som förts vid genomläsningen på plats vid socialkontoret skrevs samman och komprimerades ytterligare tills de bildade vad som bäst kan beskrivas som en profil över varje brukare. Tillsammans med data från SORM hade vi nu en ganska god bild över brukarnas liv, historia, mående och missbruk.

Strukturerad intervju

De strukturerade intervjuerna var ett värdefullt tillskott till de olika brukarnas fall eftersom det innebar att de själva fick uttrycka och sätta ord på sin situation. Intervjusvaren har inte behandlats mer än att de har renskrivits och sedan lagts samman med det andra materialet för varje brukare.

3.2 Delstudie två – personalens perspektiv

Den andra delstudien syftar till att beskriva och analysera verksamheten ur ett organisationsperspektiv. Då LÄ drivs i samverkan mellan kommun och landsting har det varit intressant att studera hur dessa båda organisationer

³³ Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

³⁴ Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

samverkar och gemensamt löser frågor kring organisering av verksamhet, ansvarsområden, insatser och personal. Studien har utgått från personalen och deras berättelser om verksamheten, de båda organisationerna och hur samverkan fungerar. Med andra ord är det samverkan i den dagliga verksamheten som har varit i huvudfokus för denna studie. Frågor som hur samverkan yttrar sig, om personalen har skapat ett enhetligt förhållningssätt i arbetet eller om de ser det som de kompletterar varandra, hur de tycker att verksamheten fungerar, har varit ledande i delstudien. Precis som för brukarstudien är det processen som varit intressant att följa, dvs. hur verksamheten, samverkan och arbetsinnehållet har byggts upp och utvecklats.

3.2.1 Materialinsamling

Delstudien grundar sig i huvudsak på intervjuer som gjorts med personal vid LÄ med verksamhetschef vid kommunen, föreståndare, psykolog, läkare och sjuksköterska kopplad till LÄ. Förutom intervjuerna har även värdefull information och data kommit genom deltagande i personalmöten och informella möten och samtal med personal, sjuksköterska och föreståndare. Sammantaget så grundar sig delstudien kring personalen på tre olika former av data; intervjuer, deltagande i personalmöten och informella samtal.

1. Intervjuer

Intervjuerna med personalen vid LÄ har skett i två olika omgångar under projekttiden. Den första intervjuomgången genomfördes under projektets första år dvs. senvåren 2006 och tidig höst 2006. Den andra omgången intervjuer genomfördes ett år senare under hösten 2007. I dessa båda omgångar intervjuades i första hand den ordinarie verksamhetspersonalen dvs. vuxenpedagoger, läkare, sjuksköterska och föreståndare. På grund av omständigheter i verksamheten genomfördes två kortare gruppintervjuer med vuxenpedagogerna innan projektets slut hösten 2008.

Intervjuerna är av semi-strukturerad karaktär, vilket innebär att intervjun är strukturerad till vissa delar men att det även finns ett visst svängrum i intervjun. Den semi-strukturerade formen ger en frihet till intervjuaren vad gäller vilken

ordning frågorna ställs i, vilka följdfrågor som ställs m.m. på så vis kan inte intervjuerna sägas se exakt likadana ut. Det kan även ha tillkommit andra följdfrågor i samtalen med exempelvis läkaren än vad det gjorde under intervjuerna med vuxenpedagogerna. För en utförligare redovisning över intervjufrågorna se bilagorna 3-5. Nedan återfinns även en översikt över de båda intervjuomgångarna:

Intervju 1	Intervju 2
12 vuxenpedagoger	11 vuxenpedagoger
Föreståndare	Sjuksköterska
Sjuksköterska	Läkare
Läkare	Verksamhetschef kommunen
	Arbetsterapeut
	Psykolog

Tabell 3: Intervjuer med personal vid LÄ

På grund av omständigheter i verksamheten genomfördes dessutom två kortare gruppintervjuer med vuxenpedagogerna innan projektets slut hösten 2008. Syftet var att runda av projektet men även att ta reda på hur personalen upplevde sin arbetssituation och utvecklingen det sista året.

2. Deltagande i personalmöten samt återkoppling av resultat

Personalen har regelbundet personalmöte samt handledning i gång i veckan. Vid några tillfällen har vi deltagit som tysta observatörer vid dessa personalmöten. Mötena har framförallt gett en god inblick i det vardagliga arbetet vid LÄ och de vardagliga utmaningarna som personalen har. Samtidigt har det även gett en inblick i hur personalen samverkar och löser uppgifter som de ställs inför.

I samband med att en delrapport över projektet sammanställts återkopplades även resultatet från den första intervjuomgången vid ett personalmöte. Vid detta tillfälle gavs det även utrymme för diskussion och reflektion över de redovisade resultaten. Dessutom kunde personalen kommentera resultatet utifrån deras perspektiv, dvs. om de kände igen sig eller inte.

3. Informella möten och samtal

Förutom intervjuerna och deltagande observationer har en mängd informella samtal och möten skett i samband med besök vid LÄ. Det är framförallt vid de tillfällena då intervjuer med personal varit inplanerad som dessa informella samtal skett. De har skett vid lunchbordet och/eller över en kopp kaffe och har med andra ord inte varit inplanerade som deltagande observationer utan snarare uppstått naturligt. Inga formella fältanteckningar har heller förts över dessa samtal, de kan därför inte heller sägas rent formellt räknas till datainsamlingen i denna delstudie. Samtalen har dock indirekt påverkat projektet och kanske framförallt förståelsen och tolkningen av det insamlade materialet genom att de bidragit till en ökad förståelse för verksamheten och de boendes vardag.

3.2.2 Behandling och bearbetning av material

Samtliga intervjuer och gruppintervjuerna har spelats in med hjälp av en diktafon. Dessutom spelades återkopplingen av resultatet till personalgruppen med påföljande diskussion in. Den första intervjuomgången har transkriberats i sin helhet. Den andra intervjuomgången har enbart lyssnats igenom medan kortare stödanteckningar förts vid sidan om. De avslutande gruppintervjuerna med vuxenpedagogerna har däremot transkriberats. Det är först och främst tidsramen inom projektet som avgjort i vilken omfattning transkribering av intervjuer skulle genomföras. Den första intervjuomgångens resultat har redovisats i en delrapport³⁵ och kommer inte att beröras närmare i denna text. Transkriptionerna samt anteckningarna från de enskilda intervjuerna har bearbetats och analyserats utifrån delstudiens frågeställningar och fokusområden.

Alla intervjuerna spelades in efter de intervjuades medgivande. Det är enbart forskargruppen som har tillgång till det inspelade materialet som förvaras i ett inlåst skåp. För att ytterligare garantera de intervjuades anonymitet har samtliga

³⁵ Schultz, L. & Klöfver, H. (2007) *Delrapport från Landeryds Ängar – en studie av ett samverkansprojekt mellan Linköpings kommun och Östergötland läns landsting*. FoU-rapport 41:2007

fått nya fiktiva namn vid utskriftena och stödanteckningarna som förts över intervjuerna. Dessutom kan det vara värt att nämna att denna studie inte i första hand fokuserar på vad enskilda individer säger för att specifikt lyfta fram det. Det är av större intresse att se hur personalen som grupp talar om LÄ och verksamheten och samverkan mellan olika organisationer. Däremot kan det finnas anledning att visa på skilda uppfattningar och erfarenheter och i vissa fall kan enskilda röster som har en något annan bild lyftas fram. Vid de fall citat från intervjuerna används i denna text är det för att styrka och även illustrera de resultat som diskuteras. I de fall där personnamn nämns i citaten har namnet ersatts med X, i vissa fall ersätts namnet med personens roll vid LÄ dvs. läkare, sjuksköterska, föreståndare. Citaten har även justerats för att öka läsbarheten, då vi muntligt ofta uttrycker oss helt annorlunda än i skrift men dessa ändringar har inte påverkat innehållet i citatet.

3.3 Delstudie tre – närsamhället

Den tredje och även den minsta delstudien har som syfte att beskriva närsamhällets reaktioner *för*, uppfattningar *om* och *värderingar* kring boendet. Då LÄ ligger nära ett större bostadsområde finns även servicehus, skola och fritidshem i boendets närhet. Den centrala frågeställningen för delstudien är hur människor i boendets närhet ser på LÄ och brukarna vid LÄ. Innan boendet öppnade i maj 2005 fanns det många kritiska röster i närsamhället. Det var framförallt en grupp av oroliga föräldrar till barn vid den närliggande skolan som uttryckte protester och ifrågasatte boendets placering. Flera informationsmöten hölls som var öppna för allmänheten där frågor om verksamheten, hur boendet skulle drivas och den tilltänkta målgruppen kunde diskuteras. Vid dessa informationsmöten var bland annat tjänstemän, politiker från omsorgsnämnden, blivande föreståndaren och läkare vid LÄ med för att informera om boendet och om målgruppen dubbeldiagnostiserade.

Det ursprungliga syftet med studien kring närsamhällets respons på LÄ har som för resten av studien varit processinriktat. Det vill säga, vi var intresserade av att se hur närsamhällets tankar om och attityd mot stödboendet LÄ utvecklades under tid. Hur såg närsamhället på boendet under planeringsfasen, innan

uppstart och hur såg de på det efter uppstart och etablering? Syfte med delstudie tre har dock modifierats något under projektets gång och fokuserar nu enbart på närsamhällets reaktioner fram till starten av verksamheten i maj 2005. Den ursprungliga tanken var att kontakta och intervjua olika individer som deltagit i protester och som höjt sina röster mot LÄ, för att ta reda på hur de såg på boendet efter att det startat. Men gemensamt med tjänstemän vid kommunen, föreståndare och personal vid LÄ togs ett beslut att inte genomföra någon uppföljning. Den huvudsakliga anledningen var att vi inte ville blåsa nytt liv i protesterna genom en sådan uppföljning. Under framförallt hösten 2004 var allmänhetens reaktioner och protester mot det planerade boendet i Landeryd högljudda och intensiva. De ansvariga tjänstemännen och politiker i omsorgsnämnden var de som i första hand fick ta emot allmänhetens oro, protester och frågor och situationen hade av flertalet inblandande uppfattas som påfrestande då reaktionerna stundtals kunde uppfattas som hätska. Efter att verksamheten startat i maj 2005 avtog protesterna markant och för att förhindra att nytt liv skulle blåsas in i debatten valde vi att inte genomföra uppföljningen. Istället kom denna delstudie att koncentrera sig på tiden som föregick starten av LÄ och den livliga ström av kritik, protester och debatt som då pågick. Syftet med studien har varit att beskriva och analysera de olika uppfattningar och värderingar som lyfts i debatten kring LÄ.

3.3.1 Materialinsamling och bearbetning av material

Delstudien bygger i huvudsak på olika former av textmaterial. Vid kommunledningskontoret har minnesanteckningar från informationsmöten, protestlistor och samtliga e-mail som skickades till och från tjänstemän samt politiker rörande LÄ diarieförts och arkiverats. Det är ett omfattande material som täcker två fulla pärmar. Samtliga dokument är offentliga handlingar och på så vis kunde vi lätt få tillgång till materialet. De båda pärmarna med dokument,

anteckningar och e-post har gått igenom och sorterats³⁶. Sedan har kopior på de olika dokumenten tagits.

Inkommande e-mail rörande LÄ sorterades i kronologisk ordning och antalet e-mail har sedan räknats för att se under vilken period allmänhetens kommunikation med politiker och tjänstemän var som mest intensiv. Efter det sorterades e-mailen efter vilka som skickat dem för att på så vis få en bild av hur många olika individer som kommunicerat med kommunen. Genom denna sortering kunde vi få en bättre uppfattning om hur stor spridning allmänhetens reaktioner hade. Samtliga individer har vidare avidentifierats i rapporttexten.

All medial rapportering samt inlägg i Östgöta Correspondentens debattforum har även samlats in, sorterats och analyserats efter vilka argument som lyfts i debatten.

Materialet har vidare bearbetats genom att allt material har läst igenom flera gånger. Sedan har de olika argument och bärande resonemang som förts *mot* etablerandet av verksamheten vid LÄ plockats ut och ställts samman i en lista.

³⁶ Detta gäller framförallt den omfattande kommunikation som förts via e-post. Då varje svar dragits ut och diarieförts återkommer samma kommunikation i flera dokument, i dessa fall har enbart det sista dokumentet kopierats och använts då hela e-postväxlingen återfinns i det sista diarieförda dokumentet.

4 Resultat delstudie 1 – brukarnas perspektiv

Peter, 43 år

Peter är sjukpensionär sedan många år tillbaka och har inte kunnat arbeta några längre perioder av sitt 43-åriga liv. Antingen så har han hamnat i bråk med chefen och fått sluta på grund av det eller så har han fått sparken för att han glömt att gå till jobbet flera gånger. Andra gånger har han fått sluta för att han kommit till jobbet berusad eller påverkad av amfetamin. Han har ingen utbildning, varken någon yrkesutbildning eller annan så de arbeten han haft har varit av det enkla slaget. Peter hade svårt i skolan och fick tidigt anpassad studiegång. Han hade svårt att koncentrera sig och en av hans lärare kallade honom för lättpåverkad och instabil vid ett tillfälle. På fritiden och helgerna hängde han mest med kompisar, de brukade röka hasch eller dricka öl som de äldre killarna köpte ut. Redan när han var 13 hade han börjat sticka hemifrån på kvällarna för att vara med kompisar och festa. Ibland stal de grejer eller pangade rutor på busshållplatser. En gång försökte de stjäla en bil men polisen kom så de hann inte fullfölja stölden. En annan gång lyckades de och körde runt en stund innan de blev haffade. Strax efter Peters 15-årsdag hade han för första gången fått sova i fyllecell hos polisen. Kontakten på socialen tyckte att han och hans föräldrar skulle komma dit regelbundet på samtal.

När han var 18 år flyttade han hemifrån till egen lägenhet, socialen hjälpte honom med bostad och försörjningsstöd. Då hade Peter ett fullt utvecklat missbruk, framförallt på alkohol och amfetamin. Han rökte även hasch då och då men favoriten var ändå amfetamin. Han kommer inte ihåg så mycket från den tiden. Tanken var att han skulle gå någon svetsarutbildning eller liknande men han hade svårt att anpassa sig efter tiderna på utbildningen och efter lärarna. Några år senare började han för första gången höra röster runtomkring sig eller inne i sitt eget huvud. Sedan började en extremt turbulent tid i Peters liv, ibland bodde han långa perioder på psyket, ibland skickade socialen honom till något LVM-hem på tvångsplacering. Han har ett svagt minne av första gången han blev inlagd på psyk. Det var polisen som körde upp honom och doktorn sa att han hade en drogutlöst psykos. Han hörde röster hela tiden, ingen annan

verkade höra samma röster. Han började misstänka att de placerat en sändare i hans huvud, eller att de stoppat gifter i vattnet. De enda stunderna när det var lugnt och tyst i huvudet var när han var hög på amfetamin. Fast ibland, i avtändningsfasen, när amfetaminet var på väg ur kroppen kunde det nästan bli värre, rösterna nästan skrek på honom. Enda lösningen då var att bli hög igen.

Peter har under flera år upprepade psykosor men eftersom han under samma tid var fullt aktiv missbrukare så var det svårt att genomföra en ordentlig utredning av hans psykiska sjukdom. Under en period om cirka 10-15 år pendlar Peter mellan psyk, LVM-hem och eget boende. Under en period blev han placerad på familjehem. Det gick ganska bra att hålla sig från alkoholen och drogerna under denna tid, men så fort han försöker klara sig själv går det åt skogen. Till slut blir han erbjuden en plats vid ett nytt boende som heter Landeryds Ängar. Där kan han få hjälp och stöd med både sitt missbruk och den psykiska sjukdomen. Det låter rätt bra tycker Peter, man kan ju testa i alla fall. Han känner sig trött och sliten och vill helst av allt bara få vara ifred.

Annika, 41 år

Annika bor sedan tre år tillbaka på Landeryds Ängar, ett boende med särskild service för sådana som henne. Som både är missbrukare och psykiskt sjuka. Hon kan knappt komma ihåg hur det var att inte vara beroende av tablettor eller alkohol. Eller hur det var att inte ha ångest, må dåligt och höra röster. När hon var 20 flyttade hon ihop med sin första pojkvän. De festade mycket och ofta. Hennes pojkväns kompisar brukade komma hem till dem och de rökte hasch, amfetamin och drack sprit, för det mesta både drack de och rökte samtidigt. Hon har aldrig haft något riktigt jobb utan det är socialen som hjälpt henne med försörjningsstöd och bostadsbidrag. Hon har aldrig mått så bra. Känner sig väldigt ofta handlingsförlamad, ledsen och misslyckad. En gång var det så illa att hon försökte ta sitt liv, hon svalde en massa tablettor, såna som hennes pojkvän hade fixat. Hon åkte in på psyk efter det. Hon kommer ihåg när hon inte kunde ignorera rösterna i huvudet längre, hon var i 25-årsåldern. Hon känner sig ofta helt apatisk, vet inte vad hon ska göra, rösterna tar över i hennes huvud och gifterna som kommer genom vattnet från kranen gör att hon mår ännu sämre.

Socialen skickade henne till något LVM-hem en tid. Det är helt ok och hon tar inga droger under den tiden. Under en tid pendlar hon sedan mellan LVM-hem, psyket och lägenheten där pojkvännen bor. Sen fungerar det rätt bra att bo själv med sambon ett tag. Det kommer någon varje dag och hjälper henne med medicinerna. Men hon får inte de tabletter hon helst av allt skulle vilja ha. Hennes pojkvän och hans kompisar brukar få tag på andra tabletter och amfetamin som hon kan få av dem om hon har sex med dem. Pojkvännen verkar tycka att det är ok att dela henne med kompisarna. Grannarna klagat ofta på att de har fester hemma. De klagat på att det kommer och går massa män till hennes lägenhet. Ibland kommer polisen och ringer på, då har grannarna ringt igen. En gång blev hon så himla förbannad på "sosskvinnan" som kommer för att kolla upp henne att hon fick ett utbrott och skrek, spottade på henne och blev våldsamt. Till slut blir Annika och hennes pojkvän vräkta från lägenheten.

Annika får flytta in vid ett gruppboende. Hon har kontakt med beroendekliniken och de hjälper henne med mediciner så att hon inte ska må så dåligt och höra röster hela tiden. Men hon är inte så säker på att de hjälper. Ofta tycker hon att drogerna som hon får av hennes gamla pojkvän och hans kompisar hjälper bättre. Hon mår bra av drogerna och det är enkelt att få tag på dem det enda hon behöver göra är att ligga med sitt ex eller någon av hans kompisar.

De på beroendekliniken har börjat prata om att hon skulle flytta till ett ställe som heter Landeryds Ängar. Hon vill inte, men till slut vill inte personalen på gruppboendet ha henne kvar där, hon är för stökig och det kommer och går för mycket folk till henne. Det påverkar de andra på gruppboendet så socialen omplacerar henne till Landeryds Ängar.

Dessa båda skildringar om Peter och Annika är fiktiva men det skulle lika gärna kunna vara berättelser som stämmer in på de boende vid LÄ. När arkivarien vid socialkontoret plockade fram de olika journalerna för de brukare som gett sitt medgivande till oss, var det snabbt tydligt att dessa individer hade en lång historia. Journalerna var omfattande och välfyllda med olika dokument. Det var också slående hur tidigt i de olika brukarnas liv problemen hade börjat. För flertalet hade den första kontakten med socialtjänsten inletts redan i de tidiga tonåren. Ofta handlade det då om fylla, snatteri, mindre stölder, skadegörelse,

olovlig körning m.m. Samtliga av de som ingick i undersökningsgruppen vid socialkontoret hade en tidig alkohol- och/eller drogdebut. Den psykiska sjukdomen visade sig, eller utvecklades senare, ofta runt 20-årsåldern.

De boende vid LÄ är en grupp av människor som alla har en ”lång historia” på så vis att de redan tidigt i livet hade problem med missbruk och sin psykiska hälsa. Ingen av dem har under någon längre period kunnat försörja sig själva genom arbete. De har ofta slussats runt mellan olika former av boenden och åtgärder. Samtliga av de som bor på LÄ är mellan 35-55 år och vid något tillfälle beskrev föreståndaren dem genom att säga att ”de är inga duvungar precis”. De har med andra ord levt ett, som vi skulle säga, hårt liv. Det faktum att de alla är något äldre kan dock påverka deras situation. Det liv de levt under många år har börjat ta ut sin rätt och enligt personalen kan flera av dem uttrycka att de är trötta på att missbruka och på att flytta runt. Vilket även bekräftas av de intervjuer som gjorts med brukarna där flera av dem uttrycker att de uppskattar den stabila omgivningen och att det är lugnt och skönt att bo på LÄ.

Förutom att de har ett utvecklat missbruk och ett allvarligt psykiskt funktionshinder har flera av de boende vid LÄ även en rad somatiska problem som hepatit, leversvikt och diabetes. Sjukdomar som har kommit genom deras leverne och missbruk. Merparten har dessutom svårt att hantera vardagen med matlagning, städning, personlig hygien, ekonomi och sociala kontakter. De behöver med andra ord stöttning och stöd i flera aspekter.

Resultatet från studien kring brukarna presenteras under 4 olika teman:

1. Från aktivt missbruk till sjukdomsinsikt
2. Brukarnas mående, liv och vardag
3. Vårdkonsumtion och läkarbesök
4. Livskvalitet

Kapitlet avslutas med några korta sammanfattande slutsatser.

4.1 Från aktivt missbruk till sjukdomsinsikt

Den kanske mest intressanta frågan i delstudien om brukarna är, hur har det gått? Hur mår de boende vid LÄ nu i jämförelse med när de först flyttade in? Det allra enklaste och snabbaste svaret på den frågan är att de mår relativt bra, om definitionen av att de ska må bra är att de inte är aktiva missbrukare och att deras psykiska grundsjukdom är stabil. I princip samtliga i boendegruppen är nyktra och drogfria sedan över ett år och deras psykiska sjukdom är stabil, till den grad den kan vara stabil, med hjälp av regelbunden och framförallt rätt medicinering. Men som redan framgått i denna text är gruppen dubbeldiagnosticerade, och så även de boende vid LÄ, en grupp med komplexa och mångfacetterade problem. Vilket även har blivit tydligt när det kommer till undersökningsgruppen. I takt med att missbruket har minskat och de har rätt och regelbunden medicinering har andra problem blivit mer synliga och tydliggjorda.

Under den tid som projektet pågick och under den tid vi följde brukarna kan några olika faser urskiljas. Dessa faser kan bäst beskrivas som vågrörelser som gick genom stora delar av boendegruppen. De kan sägas utgöra en generell beskrivning av boendets och framförallt brukarnas utveckling från start och de första tre åren av verksamheten. Innan vi ger oss in på att beskriva olika aspekter av brukarnas situation och vardag mer konkret kommer dessa vågrörelser, faser att beskrivas.

4.1.1 Fas 1: Bättre funktionsförmåga – kompetentare missbrukare eller färre självmedicinerare?

En av de allra första åtgärderna som genomfördes (och som fortfarande görs vid varje nyinflytt) var att se över brukarens mediciner. De flesta av de boende hade skött sin medicinering för sin psykiska sjukdom dåligt eller inte alls. Det aktiva missbruket ställde även till problem med medicinerna och kunde innebära att medicinerna inte gav den effekt som önskas. Läkaren vid LÄ berättar i en intervju att flera av de boende hade gamla mediciner och att många dessutom var övermedicinerade eller inställda på fel mängder:

Det medicinska omhändertagandet är ju väldigt bra på Landeryd, de här patienterna har varit ganska dåligt medicinerade. De har varit inställda på olika mediciner, men dels har de inte skött sin medicinering och sedan har man inte kunnat ge dem den bästa typen av mediciner, eftersom det är svårt med inställning så länge de är i aktivt missbruk. Men nu har vi har ju kunnat ställa över dem på moderna neuroleptika, så att de mår bättre också, de får en mer adekvat medicinering, och i och med att man också övervakar att de faktiskt tar den så har de fått en mycket bättre medicinsk behandling för sin grundsjukdom.

Flertalet av brukarna använde dessutom lugnade tabletter med det beroendeframkallande läkemedlet Benzodiazepin. I arbetet med att ställa om och ställa in de boende på rätt mängd och rätt sorts mediciner försökte man även att fasa ut benzodiazepiner och vid behov ersätta dem med annan medicin.

Den bättre och regelbundna medicineringen ledde snart till att flera av de boendes funktionsförmåga höjdes. Med andra ord påverkades de inte lika negativt av sin psykiska sjukdom. Deras ökade funktionsförmåga ledde i sin tur till att de, som föreståndaren uttryckte det, ”blev mer kompetenta missbrukare”. Som redan nämnts i beskrivningen av boendet Landeryds Ångar är det inte ett behandlingshem för missbrukare, målsättningen med verksamheten är i första hand att minska missbruket men inte att behandla det. Det är inte tillåtet att ta droger eller dricka alkohol på LÄ men brukarna bor frivilligt vid LÄ så de kunde och kan i praktiken upprätthålla sitt missbruk genom att inta droger och alkohol på annan plats. Hos vänner till exempel. Personalen har rätt att regelbundet ta urinprov för att se om de boende är påverkade. Vilket även är nödvändigt för att medicineringen ska kunna hanteras på bästa sätt³⁷. Då flera av brukarna började må bättre och fungera bättre i sin grundsjukdom kunde de på ett effektivare och mer innovativt sätt få tag på och bruka droger och/eller alkohol. De blev även bättre i sina försök att dölja missbruket för personalen. Vid ett besök på LÄ under denna tid så berättade föreståndaren för mig hur en av de aktiva missbrukarna kunnat lura personalen under flera veckors tid. Eftersom det fanns misstanke om att personen i fråga var aktiv i missbruket tog

³⁷ En del av brukarnas mediciner fungerar dåligt tillsammans med droger eller alkohol, vilket innebär att de inte bör tas om personen ifråga är påverkad av något.

personalen regelbundet urinprov på honom men de gav aldrig utslag. Det visade sig sedan att han hade fått ”ren urin” från en kompis. Han såg dessutom till att hålla urinen kroppstempererad, för att inte väcka misstanke, genom att förvara den i en plastpåse i armhålan. Eftersom han fick gå in själv på toaletten och lämna sitt prov upptäckte inte personalen detta förrän efter flera veckor av aktivt missbruk. Det här, menade föreståndaren vid LÄ, är ett tydligt exempel på att en del av de boende blev mer kompetenta missbrukare då deras psykiska funktionshinder blev stabilare.

Det gällde dock inte för alla brukarna, en del minskade snarare sitt missbruk när de fick bättre och rätt medicin för sin psykiska sjukdom. Vilket delvis kan bero på att de tidigare nyttjade droger och alkohol som en slags självmedicinering för sin psykiska sjukdom. Då medicineringen blev mera effektiv och började ge positiva resultat för deras mående fanns inte behovet att missbruka kvar lika starkt för dessa brukare.

Under denna tid visade sig förhållandet mellan de boendes psykiska sjukdom och deras missbruk vara komplext och svårt att förutse. För några innebar ett bättre mående ett ökat missbruk och för en del innebar det ett minskat missbruk då behovet av ruset hade minskat. Ett exempel från undersökningsgruppen kan illustrera detta komplexa förhållande ytterligare.

Vi kan kalla honom för Joakim, han har schizofreni och i sin sjukdom hör han ständigt röster i sitt huvud som säger vad han ska göra, vad han ska tycka med mera. Rösterna gör att han inte kan ”fungera normalt” han har svårt att sköta vanliga vardagliga saker, han känner sig dum och han kan inte hänga med i sociala sammanhang. Han har svårt för sociala kontakter. Ända tills han tar amfetamin, då känner han sig helt plötsligt normal. Rösterna i huvudet tystnar och han känner att han kan fungera. Han kan prata med folk och han hänger med. Tanken är klarare och tydligare. I alla fall så länge ruset från amfetaminet sitter i. När ruset sedan avtar kan han istället må ännu sämre och komma in i ett skov i sin psykosjukdom. Men så länge han är hög på amfetamin så mår han bra.

I Joakims fall är det svårt att få honom motiverad att dra ner på missbruket. Även om hans missbruk många gånger leder till att han mår sämre då drogen lämnar kroppen så gör missbruket att han kan fungera normalt, vilket för honom innebär att det kan vara värt det.

Under den första fasen eller ”vågrörelsen” var det missbruket som var utmaningen för personalen vid LÄ. Den psykiska sjukdomen kunde man ganska snabbt få under kontroll och förbättra genom bättre och säkrare medicinering. Missbruket var det svårare att komma till rätta med och framförallt att få ner i omfattning. I personalutrymmena vid LÄ sitter det en liten whiteboardtavla på en av väggarna. På tavlan står alla brukares namn uppskrivna. Genom denna tavla har personalen koll på vilka som är aktiva i missbruk och vilka som är ”rena”. Varje dag markeras de som är påverkade genom att personalen sätter en röd prick efter deras namn. På så vis kan personal som precis gått på ett arbetspass snabbt få en blick över hur läget är. Under den första tiden av projektet fanns det alltid röda prickar på tavlan när vi av olika anledningar besökte LÄ.

Personalen kunde även uppleva att det var svårt att veta hur missbruket skulle hanteras, vilket framkom i den första intervjuomgången som gjordes med vuxenpedagoggruppen. Flera av dem hade tidigare arbetat i behandling av missbrukare och var på så vis vana vid att aktivt arbeta för drogfrihet. Däremot var det inte så många av dem som hade någon större erfarenhet av att arbeta med psykiskt funktionshindrade missbrukare. Som redan nämnts så är LÄ inte ett behandlingshem men skiljelinjen mellan vad behandling och arbete för att reducera missbruket är kunde vara svår att se ansåg flera i personalgruppen.

4.1.2 Fas 2: Synligare psykiskt funktionshinder och nya somatiska sjukdomar

Trots att den första tiden vid LÄ präglades av att de boende ofta var i missbruk och hade återfall så kan deras missbruk ändå ses ha reducerats i och med att de flyttade in vid LÄ. Flera av dem kom från ett aktivt missbruk men vid LÄ var det inte lika lätt att upprätthålla missbruket. Dels p.g.a. de ordningsregler om drog- och alkoholförbud som finns vid boendet men även för att boendet ligger

lite avskilt och det inte var lika enkelt för brukarna att få tag på droger och alkohol. Dessutom innebar flytten till LÄ att flera av dem inte längre träffade eller hade kontakt med vänner som de brukade dricka tillsammans med. De ordnade boendeförhållandena samt det reducerade missbruket och även drogfriheten under längre perioder innebar för flera av brukarna att deras andra problem blev mer synliga. Under aktivt missbruk hade det varit svårt att bedöma den psykiska sjukdomen eller vilka uttryck deras sjukdom hade. Dessutom innebar även den regelbundna och ordnade läkarkontakten som kom genom LÄ att flera somatiska sjukdomar upptäcktes eller synliggjordes.

Den andra fasen eller ”vågrörelse” präglades av de boendes psykiska funktionshinder. Genom det minskade missbruket syntes deras sjukdom tydligare och det blev även tydligare hur pass påverkade de var av sjukdomen. Det var i princip ingen av brukarna som var fullständigt utredda vad gäller deras psykiska funktionshinder och därför visste man inte fullt ut hur deras sjukdom tedde sig då de först flyttade till LÄ. Flertalet av vuxenpedagogerna hade inte någon tidigare erfarenhet eller stor kunskap vad gäller arbete med psykiskt funktionshindrade. Däremot var den heltidsanställda sjuksköterskan som arbetade vid LÄ specialiserad inom psykiatri och hade en rik erfarenhet av arbete med psykiskt funktionshindrade och psykiskt funktionshindrade missbrukare. Även läkaren som har lång erfarenhet av arbete med missbrukare, hade i tjänsten ofta arbetat med psykiskt sjuka missbrukare. Deras gemensamma kompetens och erfarenhet var en god tillgång och hjälp för personalgruppen under denna tid. Så här säger några av de intervjuade:

... jag har ju inte några medicinska kunskaper heller, men jag har hela tiden dem att bolla saker med och fråga och vi kan diskutera och såhär och då får man en helt annan förståelse själv. Så tycker jag att det har varit jättebra.

Ja, för min personliga del så fyller sjuksköterskan en stor funktion... han kan berätta saker som inte jag vet så mycket om. Det är ju massor med olika tabletter, han har mycket kunskap liksom så man kan få förklarat för sig.

Somatiska sjukdomar som diabetes och Hepatit var även något som påverkade flera av de boende. Det var flera av de boende som hade eller ådrog sig komplicerade sår som kommit av missbruk och sprutanvändning. Dessutom var

det flera som var i stort behov av tandläkarvård. Under denna period kom även brukarnas somatiska problem att ta upp en stor del av det vardagliga arbetet vilket man egentligen inte hade räknat med innan verksamheten startade. De två stora områdena var trots allt missbruket och den psykiska hälsan. Genom det ordnade boendet och den daliga omsorgen då man kanske för första gången kunde ta ett helhetsgrepp om brukarnas situation blev även somatiska sjukdomar en del av arbetet.

4.1.3 Fas 3: Sjukdomsinsikt och utflyttning

När projektet började närma sig sitt slut och då verksamheten vid LÄ varit igång i lite mer än två år kan verksamheten sägas ha kommit in i en tredje fas. Under en tid hade missbruket och antalen återkommande återfall hos boendegruppen minskat mer och mer till att slutligen helt avta. Då projektet avslutades var alla i boendegruppen (med undantag av en) drogfria sedan en tid tillbaka. En av brukarna kunde vid enstaka tillfällen fortfarande hamna i ett återfall men det brukade gå längre och längre mellan dessa tillfällen. Då brukade han alltid lämna LÄ och vara borta några dagar för att i första hand dricka alkohol. Droger håller han sig ifrån.

Personalen beskriver att de längre perioderna av nykterhet och drogfrihet har haft en tydlig påverkan på brukarna. Flertalet av dem uttrycker hur skönt de tycker det är att inte missbruka längre. De upplever att livet utan droger och alkohol är bra. De behöver inte längre ”jaga” droger eller försöka få tag på alkohol vilket medför en lugnare och mer behaglig tillvaro för flera av dem. Sådär säger de själva under intervjuerna:

Jag mår mycket bättre utan drickat. Jag vill inte åka in och ut med polisen. Dricker man får man ingen medicin och man får inte gå ut från rummet och då blir det ju ingen mat heller.

Varit nykter i olika perioder, alkoholbiten får man hjälp med här. Jag mår mycket bättre när jag är nykter, har varit nykter i sex månader nu.

*Jag mår mycket bättre, dricker inte här, har inte köpt något sen jag flyttade hit och inte åkt iväg heller. Det är bra.*³⁸

Det reducerade missbruket gjorde inte bara de psykiska funktionshindren mer synliga för personalen utan medförde även att de blev mer synliggjorda för brukarna själva och de kunde inte längre blunda för sjukdomen. Flera av dem hade när de flyttade till LÄ liten eller dålig sjukdomsinsikt. En del av dem ville inte erkänna att de var sjuka överhuvudtaget. Successivt med det minskade missbruket verkar det som om sjukdomsinsikten ökar. Vilket även skattningarna i SORM bekräftar där vi både kan se missbrukets omfattning och värdera sjukdomsinsikten. Den ökade insikten kan beskrivas som både positiv och negativ för de boende. När det kommer till de positiva konsekvenserna så handlar det om att en ökad insikt har gett brukarna en tydligare och större förståelse för den egna situationen. Brukarna har fått en bättre förståelse för hur missbruket påverkar deras sjukdom vilket i sin tur gör det lättare att motivera till nykterhet och drogfrihet.

Samtidigt har den ökade sjukdomsinsikten varit svår för många av brukarna. De kan nu på ett annat och bättre sätt förstå vad det innebär att de har ett psykiskt handikapp. De kan på ett tydligare sätt se vad det inneburit för deras liv, vilket gjort att en del av dem har tyckt att denna process varit svår. Kanske för första gången har en del av brukarna sett och delvis kunnat förstå sitt egna utanförskap och sin speciella situation. Såhär uttrycker en av de boende sig:

*Drogerna är inget problem, nu mår jag ju så dåligt psykiskt så det är det jag är fokuserad på.*³⁹

Vid projektets slut har den goda utvecklingen för de boende vid LÄ lett till att en av brukarna har flyttat från LÄ till eget boende. Brukaren hade varit nykter och drogfri i nästan 3 år, tog sin medicin regelbundet och kunde själv sköta ADL och sitt hem. Ytterligare en av brukarna är planerad att flytta ifrån längre

³⁸ Informanten var vid intervjutillfället en av de senast inflyttade vid LÄ.

³⁹ Brukarens egen kommentar kring missbruket som lämnas vid SORM-skattningen.

fram. Placeringarna vid LÄ ses inte som tidbegränsade. I avtalet mellan kommunen och landstinget står att läsa: ”Boendet skall ses som ett permanentboende, bedöms någon boende på sikt klara annat boende skall detta vara möjligt”.⁴⁰ Även om avtalet öppnar upp för möjligheten att någon boende skulle kunna klara eget boende så verkar det som att man från omsorgsförvaltningens sida inte har räknat med att så kommer ske. Därför finns det inte heller några givna riktlinjer för hur en utflyttning från LÄ ska gå till eller lösas vad gäller efterföljande kontakter och insatser för brukaren. Av samma anledning finns det inte heller något utslussningsboende vid LÄ. Läkaren beskriver den nya situationen för mig vid tillfälle med att de har fått hitta egna adhoc-lösningar. Dels innebär det att brukarna som flyttar från kommer att behålla kontakten med boendet och att de alltid är välkomna tillbaka för att nyttja det jourrum som finns vid LÄ. Personalen vid LÄ vill att de brukare som flyttar ska känna en trygghet i att veta att ”dörren står öppen” för dem. Exempelvis ska de känna att om de hamnar i ett skov i sin sjukdom som är svårhanterbart kan de få komma och bo i jourrummet. Dessutom kommer de att behålla sin läkare genom LÄ.

4.2 *Brukarnas mående, liv och vardag*

Under planeringen av delstudien för brukarna diskuterades vilka aspekter av brukarnas situation vi ville titta närmare på. Vi var intresserade av att få en så god helhetsbild som möjligt över brukarnas förutsättningar, vardagsliv och livskvalitet och en rad områden och aspekter sattes upp (se Metodkapitlet, Delstudie 1 – brukarnas perspektiv). Genom framförallt de regelbundna skattningarna i verktyget SORM har vi kunnat följa brukarnas utveckling gällande flera av dessa aspekter. Tillsammans med de frågor ur SORM som valdes ut, lyfts nedan olika områden av de boendes situation fram och studeras närmare. Som tidigare betonats är det processen som har varit av intresse, dvs. hur utvecklingen har sett ut under de år som verksamheten vid LÄ drivits.

⁴⁰ Linköpings kommun, Dnr On 2004.0114

I studien har inte någon större tonvikt lagts på aspekterna *farlighetsbedömning, kriminalitet eller brukarens sociala nätverk*. Den huvudsakliga anledningen till detta har för farlighetsbedömning och kriminalitet varit att brukarna varken kan bedömas som farliga eller har någon omfattande kriminell bakgrund. Några av dem har blivit dömda för mindre narkotikabrott och ett par av dem har blivit dömda till rättspsykiatrisk vård, men på det stora hela är undersökningsgruppen inte kriminellt belastad eller våldsam. När det gäller aspekten socialt nätverk har det inte studerats närmare p.g.a att det har varit svårt att få en klar bild av deras nätverk genom de olika former av materialinsamlingar som vi gjort. Dessutom kan det vara så att för vissa brukare fungerar det sociala nätverket som ett stöd men för andra kan det snarare vara en del av problembilden framförallt när det kommer till missbruket. I SORM finns en del där relation till familj och vänner skattas men verktyget är inte känsligt för om relationen påverkar brukaren negativt eller positivt.

4.2.1 Tiden före LÄ och psykiatrisk avdelningsvård

När de sociala journalerna studerades vid socialkontoret framgår det att för de flesta av brukarna har det funnits perioder av deras liv som varit mer stabila än andra. Det kan exempelvis röra sig om perioder när de vistats vid olika behandlingshem, LVM-hem eller familjehem. Under dessa perioder har flera av dem varit ifrån missbruket och även stått under regelbunden medicinering. Det som däremot är väldigt tydligt när de journalerna studeras närmare är att ingen av dem klarar att på egen hand upprätthålla ett fungerande vardagsliv. Då insatser löper ut och de ska tillbaka till eget boende eller liknande så eskalerar situationen snabbt. Återfall i missbruk och återkommande psykoser leder snabbt till att de blir aktuella för nya åtgärder. På så vis har samtliga av brukarna pendlat mellan olika boenden och insatser. Det som är gemensamt för dem är även att tiden innan LÄ präglas av kaos och en uppåtgående spiral av problem. För de flesta kan denna tid bäst beskrivas som ohållbar. Någon har blivit vräkt från sin lägenhet efter en lång tid och stökig tid med mycket missbruk, innan brukaren kan flytta till LÄ krävs en tid vid beroendekliniken för ”avgiftning”. En annan ur undersökningsgruppen har efter en längre tid vid ett familjehem flyttat hem till sina föräldrar, har slutat att ta sina mediciner och har svåra problem med hallucinationer samt är åter i missbruk. Ytterligare en kommer

närmast från eget boende men situationen kan beskrivas som kaosartad då brukaren inte längre kan sköta varken hygien, matlagning eller boendet. Alla pengar går till missbruket och den psykiska hälsan är mycket instabil. Det gemensamma för alla de boende vid LÄ är att de slussats mellan olika åtgärder varav ingen egentligen har fungerat för dem. Till stor del kan detta bero på att de varit tidsbegränsade och att inget fungerande nätverk eller stöd finns för dem efter avslutad insats. Det kan även bero på att insatserna inte kunnat på ett tillfredsställande vis se till hela deras komplexa problematik.

I avtalet mellan kommunen och landstinget gällande LÄ ingår att landstinget tillhandahåller en akutplats vid beroendekliniken. Platsen finns till för de tillfällen då någon av de boende exempelvis behöver extra vård eller är väldigt aktiv i sitt missbruk. Då behovet inte varit stort har akutplatsen inte utnyttjats mer än ett fåtal gånger och då under verksamhetens första år. Enligt skattningarna i SORM har tre av de boende under en kort period vårdats vid psykiatrisk avdelning. Dessa tillfällen har vidare sammanfallit med att brukarnas missbruk haft höga skattningar i SORM, de har med andra ord varit helt aktiva i sitt missbruk.

4.2.2 Vardagens innehåll, arbete och fritid

De boendes vardag kan se ganska olika ut, en del av dem har någon form av sysselsättning utanför LÄ, en del av dem tycker att det är svårt att lämna boendet och deltar istället i aktiviteter som ordnas vid LÄ, medan en del av brukarna inte klarar av någon form av sysselsättning. I samverkansavtalet för LÄ står att läsa: ”Möjligheter till daglig sysselsättning erbjuds inom boendet”⁴¹. Kravspecifikationen för boendet är mer tydlig gällande sysselsättningen och slår fast:

*Utföraren **skall** beskriva hur man avser att utforma den dagliga sysselsättningen. Strukturerad daglig sysselsättning skall erbjudas 15 timmar per vecka.*

⁴¹ Linköpings kommun, Dnr On 2004.0114 Samverkansavtal

Verksamheten utformas i samråd med de boende utifrån individuella önskemål och behov⁴².

Vidare säger samma dokument att de boende ska stimuleras och motiveras till att delta i aktiviteter både i boendet och utanför. För personalen har frågan om sysselsättning och aktiviteter för de boende periodvis varit ett huvudbry. Framförallt när det kommer till att för varje boende erbjuda 15 timmar strukturerad sysselsättning i veckan. Uppdraget har varit svårt att fullfölja av flera olika anledningar. Flertalet av de boende har inte varit så pass stabila, varken vad gäller missbruket eller deras psykiska sjukdom, att de har klarat en strukturerad sysselsättning. Det har dessutom varit svårt att hitta lämplig sysselsättning för de boende både inom och utanför LÄ. Vid ett besök vid LÄ diskuterar jag frågan om sysselsättning med föreståndaren och sjuksköterskan. De säger att det inte finns så många arbetsgivare eller arbetsplatser som är beredda att ta emot psykiskt sjuka missbrukare. Ena veckan kanske den anställda kommer regelbundet och på avtalad tid. Veckan därefter kanske personen i fråga inte kommer alls för att han/hon tagit ett återfall eller hamnat i skov i sin sjukdom. En ohållbar situation för de flesta arbetsgivare. Det finns anpassad sysselsättning vid verksamheter för funktionshindrade (liksom Samhall) eller missbrukare, men dessa former av sysselsättning är inte heller helt okomplicerade menar de vidare. För flera av de boende kan det vara svårt att vara omkring och umgås med andra missbrukare menar föreståndaren och sjuksköterskan vidare. För att upprätthålla en positiv utveckling vad gäller de boendes mående kan det vara avgörande att de inte träffar eller möter andra aktiva missbrukare.

Ytterligare en aspekt som komplicerar uppdraget att erbjuda sysselsättning är ersättning i form av lön. Flertalet av de boende vid LÄ är sjukpensionärer och kan på så sätt inte ha en regelrätt anställning eller lön. Vilket bidragit till att det är svårt att motivera många av brukare till sysselsättning. Eftersom de inte kan få någon ersättning för sitt arbete tycker flera av dem att det inte finns någon mening med att arbeta. Så här säger en av de boende själva:

⁴² Linköpings kommun, Dnr On 2004.0114 Förfrågningsunderlag och Kravspecifikation

Jag vill inte jobba. Det är så mycket för mig med att passa tider och så. Men jag kan inte jobba heller, jag får inte eftersom jag har sjukpension. Sen får man ju betala för allt själv om man skulle få jobb, bussresor och så, socialen ställer inte upp och betalar någonting när man har sjukpension.

Trots svårigheterna har några av brukarna under perioder haft sysselsättning utanför LÄ. Det har i dessa fall handlat om enklare sysselsättning som vaktmästeriarbete, servering på kafé eller dylikt. En av de boende läser kurser vid Folkuniversitetet och har på så vis regelbunden sysselsättning utanför LÄ.

Merparten av sysselsättningen för de boende har dock erbjudits dem inom boendet. Det har varit lite olika slags arbeten, bl.a. att montera ihop vindruteskrapor och att tillverka lampskärmar. Den förtjänst som görs av dessa arbeten har sedan använts till att anordna något "extra" för de som deltagit. Även om det finns sysselsättning som erbjuds de boende inom LÄ har det varit svårt att engagera alla i boendegruppen. De har dels olika intressen men framförallt olika förutsättningar till att klara en strukturerad form av aktivitet. Att utforma sysselsättningen utifrån deras individuella önskemål och behov och att hitta något som fungerar för alla har på så vis varit svårt. Det har även visat sig att flera av de boendes förmågor och funktioner är mer påverkade av deras sjukdom än vad man inledningsvis trott. Vilket har blivit synligare då missbruket avtagit som diskuterats ovan.

Vad innebär då sysselsättning för denna målgrupp? Innebär det förvärvsarbete eller kan det vara något vidare än det? Dessa frågan har personalen haft anledning att ställa sig flertalet gånger. För en del kanske det endast kan handla om att de, tillsammans med sin kontaktperson, kan städa sin lägenhet en gång i veckan. För andra kan det kanske handla om att delta i den sysselsättning som erbjuds vid LÄ. Nästintill alla av de boende utövar någon form av fritidssysselsättning. Vilket i de flestas fall handlar om att motionera genom att ta promenader eller använda boendets lilla gym. Personalen har även anordnat musikaktiviteter som några har deltagit i. Kan även sådana aktiviteter räknas som en form av sysselsättning? När det kommer till denna målgrupp kanske en vidare definition av sysselsättning måste tillämpas.

Under intervjuerna med brukarna frågar vi dem vad de gör, vad de skulle vilja göra och hur en vanlig dag ser ut. Svaren är blandade men flera av dem uttrycker en vilja att göra något utanför LÄ medan andra inte ser det som en möjlighet.

Inte så mycket, håller på med lampor på pysslet. Jag skulle vilja åka bort och göra något, nån annan sysselsättning som man klarar av men sen vill man ha betalt också och inte göra något gratis. Jag skulle vilja jobba som metallsvare, det är jag utbildad för. Sen har jag jobbat med snickeri tidigare och hos bönder.

Jag sover en del. Orkar inte mycket för hjärtat. Jag orkar passa tiderna (dvs. mattiderna vid LÄ), se på TV lite. Om jag orkade skulle jag vilja jobba på XX men jag orkar inte.

Jag röker mycket, 2 paket om dagen. Sen spelar jag lite bordtennis, går på promenader och umgås med de andra. Jag får extra cigg om jag är med på aktiviteter. Arbetsterapeuten letar jobb åt mig, jag skulle vilja jobba på bondgård eller som vaktmästare kanske.

I tjänsten som arbetsterapeut vid LÄ ingår bl.a. att arbeta med de boendes sysselsättning. Dels genom att vara behjälplig till att bedöma och utreda brukarnas funktionsgrad och dels genom att hitta lämpliga sysselsättningsformer och aktiviteter. Tjänsten som arbetsterapeut var under en längre period inte fylld. Det har dessutom varit flera olika som innehåft tjänsten under kortare tider vilket medfört att det inte funnits någon riktig kontinuitet i arbetet. Vid projektets slut var tjänsten tillsatt sedan en tid tillbaka vilket underlättat arbetet med sysselsättning för den övriga personalen. Vid ett besök på LÄ under projektet slutfas samtalar jag en stund med arbetsterapeuten om de boendes sysselsättning. Arbetsterapeuten uttrycker då att för flera av de boende kommer det antagligen aldrig att vara aktuellt med någon form av sysselsättning, de är helt enkelt för sjuka för att klara av det. För dessa kan det vara nog sysselsättning att träna sig i att hantera vardagen så bra som möjligt menar arbetsterapeuten vidare.

För att sammanfatta hur de boendes vardag ser ut så handlar den för de flesta till stor grad om att lära sig att hantera sitt liv. Som diskuterades i avsnittet ovan har det nyktra och drogfria livet inneburit en stor omställning för många och en stor

del av deras energi går till att hantera sjukdomen och hur den påverkat och påverkar dem.

4.2.3 Missbruk

Som redan nämnts var vid projektets slut missbruket i boendegruppen kraftigt reducerat. Vid enstaka tillfällen var det en av de boende som fortfarande hade återfall. Genom de regelbundna skattningar som gjorts i SORM kan de boendes missbruk och hur det utvecklats sedan de flyttade till LÄ studeras närmare. Av de nio brukare som SORM-materialet täcker är det tre som varit helt drogfria under hela sin tid vid LÄ. Två av dessa hade varit drogfria en längre sammanhållen tid innan flytten till LÄ medan en av dem var aktiv missbrukare innan och slutade helt i och med flytten till boendet. De övriga sex brukare som täcks av SORM-materialet har återkommande återfall i sitt missbruk under framförallt de första två åren av sin vistelse vid LÄ. Omfattningen av missbruket minskar enligt mätningarna och perioderna mellan återfallen blir i flera fall även längre. Från och med hösten 2008, då verksamheten är inne på sitt tredje år, verkar det som att merparten av brukarna minskat sitt missbruk till den grad att de nästintill är drogfria. Sjuksköterskan vid LÄ valde av olika anledningar att avsluta SORM-skattningarna och den sista skattningen genomfördes tidigt under hösten 2008. Den huvudsakliga anledningen till detta var att det inte fanns anledning att genomföra riskbedömningar för målgruppen vid LÄ. Då SORM är ett verktyg som specifikt tagits fram för rättspsykiatri var det inte helt anpassat till målgruppen vid LÄ. (Se vidare diskussion om SORM i metodkapitlet under *materialinsamling* samt *metoddiskussion*.) Enligt personalen är det mot slutet av 2008 som det vidare blir mer tydligt att missbruket nästintill helt har reducerats till att i skrivande stund vara i princip helt borta.

Då missbruket har skattats i SORM har det även funnits utrymme för brukarna att själva reflektera över och kommentera sitt missbruk. Deras kommentarer skrivs ned av den som genomför skattningen, i detta fall sjuksköterskan vid LÄ. Brukarnas reflektioner kan ytterligare spegla och belysa processen kring det avtagande missbruket. Nedan återfinns en tabell där ett urval av de nio brukarnas egna kommentarer kring missbruket återfinns. I tabellen ses först en

kommentar från de tidiga skattningarna som gjorts och sedan återges en kommentar från den avslutande skattningen.

BRUKARE	TIDIG SKATTNING	AVSLUTANDE SKATTNING
1	<i>Nej jag har inget drogsug, jag får ju tjack i dricksvattnet. Nä, vad säger jag så är det väl inte. Nej det har jag ju lämnat bakom mig, jag ska nog inte hålla på med droger.</i>	<i>Ja, ibland finns ett drogsug, ibland har jag varit sugen på Bensodiazepiner, det har stannat vid en tanke.</i>
2	<i>Ibland suger det till, man blir ju sugen på att ta amfetamin och ibland hasch. Risken är ju att nu när man känner sig friskare så börjar man knarka igen. Men jag sliter med att inte göra det, tycker att jag har knarkat klart.</i>	<i>Det är inga problem att låta bli, jag är inte så jättesugen heller.</i>
3	<i>Jag vet inte, det har varit mycket drogsug sista dagarna, framförallt vad gäller alkohol, nu är det stor risk för ett återfall och det går inte att förhindra.</i>	<i>Jag försöker tänka att jag inte mår bra av missbruket, så tänker jag när jag får mina små sug. Har varit drogfri i 2 månader nu.</i>
4	<i>Nej det där har jag lämnat bakom mig. Jag blir ju så jävla dålig om jag tar tjack, om jag dricker slutar det alltid med att jag tar tjack så det kan jag inte heller.</i>	<i>Jag har inget drogsug, jag tänker sällan på det.</i>
5	<i>Nej det är väl inget problem, så ofta är det ju inte, vad ska jag göra annars för att må bra?</i>	<i>När jag känner mig ledsen kommer ett sug efter alkohol, när jag mår bra finns inget sug.</i>
6	<i>Ibland finns ju suget där speciellt nu när det börjar bli sommar då är det svårare. Vi får väl se hur det går, jag har det under kontroll.</i>	<i>Nej det finns inget drogsug, det har försvunnit helt och hållet. Det är jag stolt över, det har jag klarat själv.</i>
7	<i>Nu när jag hållit upp i 3-4 veckor så bävar jag för när suget ska komma, än är det inte så farligt. Man börjar tänka på ett annat sätt när suget kommer, på sätt och vis bättre, man blir mer fokuserad.</i>	<i>Jag har inget drogsug, jag är för upptagen med annat – mitt psykiska mående.</i>

8	<i>Jag kommer inte att börja ta droger och så, det vet jag. Jag vet ju inte hur jag blir av drogerna, jag vill ju inte bli sjuk.</i>	<i>Jag har nästan inget drogsug alls känner inget sånt.</i>
9	<i>Jag har haft ett drogsug men det oroar mig inte så mycket, suget kommer automatiskt och den här gången kunde jag inte stå emot, det är en stark och osynlig kraft.</i>	<i>Det känns retsamt att fortfarande vara positiv på Benso, annars har jag inte haft något drogsug idag skulle jag tacka nej till amfetamin.</i>

Tabell 4: Brukarnas egna ord kring sitt missbruk

Av brukarnas egna kommentarer kan man bl.a. se att de kämpar med suget efter droger och alkohol. För en del verkar suget ha minskat i takt med att perioderna mellan återfallen blir längre. I flera av brukarnas reflektioner framträder det hur missbruket och den psykiska hälsan påverkar varandra och att förhållandet mellan de båda problemen är komplext. Någon beskriver att han/hon blir väldigt dålig av ”tjack”, en annan säger att stabilitet i sjukdomen och drogsug kan göra tanken skarpare ”så börjar man knarka igen”. Det finns även kommentarer som visar på hur drogerna kan fungera självmedicinerande för brukarna, en av dem uttrycker till exempel att alkoholsuget ökar när han/hon känner sig ledsen. I SORM-materialet återfinns för varje brukare mellan 6-10 kommentarer, med ca. 3-4 månaders mellanrum. När brukarnas samlade kommentarer kring deras missbruk studeras närmare kan även en ökad sjukdomsinsikt ses i deras reflektioner. Den ökade insikten verkar dessutom innebära att de på ett tydligare sätt kan se hur deras sjukdom och missbruket påverkar varandra.

4.2.4 Psykiskt funktionshinder, ångest och psykoser

Brukarnas psykiska funktionshinder har vid några tillfällen och vid olika sammanhang redan nämnts och diskuterats i denna rapport. Det kan trots det finnas anledning att stanna upp och närmare beskriva hur deras psykiska mående har sett ut och tett sig under projektets gång. SORM innehåller flera olika variabler som kan mäta och värdera den psykiska hälsan däribland ångestsymtom och psykossymtom. SORM värderar även bl.a. suicidalitet, (dvs. självmordstankar, dödslängtan), stämningsläge och instabilitet. Vi har valt att titta närmare på ångestsymtom och psykossymtom eftersom dessa uttryck av psykisk ohälsa är de som bäst stämmer in på målgruppen vid LÄ då nästintill

samtliga har en psykosjukdom liknande schizofreni. Målgruppen för LÄ har varken suicidala eller homicidal tendenser (dvs. vilja, tankar om att skada andra).

I de fall ångestsymtom⁴³ har förekommit hos brukaren bedöms symtomens omfattning utifrån tre olika alternativ i SORM:

- A. Individens bedöms under månaden genomgående ha haft ångestsymtom av klar klinisk signifikans, vilket lett till en klart försämrad funktionsförmåga.*
- B. Individens bedöms under månaden ha haft ångestsymtom under någon period, vilket då lett till en sänkt funktionsförmåga.*
- C. Individens har vid något tillfälle under månaden haft en snabbt övergående, avgränsad ångestperiod.*

Samma princip gäller för psykosymtom⁴⁴ och tre olika alternativ för symtomens omfattning ges:

- A. Individens har under månaden haft en kraftigt försämrad funktionsförmåga till följd av ihållande och allvarliga psykosymtom.*
- B. Individens har under månaden haft vissa psykosymtom som lett till viss inskränkning av funktionsförmågan.*
- C. Individens har haft psykosymtom vid något enstaka tillfälle.*

Utifrån SORM-materialet kan det vara svårt att göra bedömningar eller att säga något om hur brukarnas psykiska hälsa har utvecklats under tiden vid LÄ. Vilket till största del beror på att deras sjukdom och funktionshinder är kroniska, dvs.

⁴³ Med ångest avses i SORM: paniksyndrom, agorafobi (även kallad torgskräck), tvångssyndrom, generaliserat ångestsyndrom (kategoriserar av en konstant ospecifik oro, ångest), posttraumatiskt stressyndrom; PTSD, social fobi samt specifika fobier.

⁴⁴ Med psykosymtom avses i SORM: vanföreställningar som felaktig övertygelse om förhållanden i den yttre verkligheten. Hallucinationer, hörsel-, lukt-, smak-, eller synintryck utan yttre källa som upplevs som verkliga, oavsett om patienterna är medvetna om hallucinationerna inte representerar verkligheten eller om de inte är det.

det går inte att utifrån materialet skönja om måendet har förbättrats, då brukarna vid nästintill samtliga skattningar har bedömts inneha symtom av olika omfattning. Men även på grund av att SORM inte säger något om hur deras ökade sjukdomsinsikt rent allmänt har påverkat deras mående och syn på sin situation. Däremot kan vi med hjälp av SORM och de olika skattningsalternativ som finns (A-C) titta närmare på *omfattningen* av brukarnas symtom vad gäller ångest och psykos. Vi kan även diskutera hur den regelbundna medicineringen har påverkat deras situation och mående. Men låt oss först stanna upp och närmare titta på SORM-skattningarna. Genom att lägga samman alla skattningar som gjorts för de brukare som omfattas av SORM-materialet kan vi se hur förhållandet mellan de olika skattningsalternativen A-C ser ut. Det i sig kan ge en bild av brukarnas psykiska hälsotillstånd. Nedan återges i tabellform en sammanställning över hur många procent av de sammanlagda skattningarna varje alternativ gav:

Ångestsymtom		Psykossymtom	
Inga uppvisade symtom	11 %	Inga uppvisade symtom	11 %
Alternativ A	14 %	Alternativ A	5 %
Alternativ B	39 %	Alternativ B	46 %
Alternativ C	36 %	Alternativ C	38 %

Tabell 5: Uppvisade symtom av ångest och psykos

Som framgår av tabellen har den övervägande delen av skattningarna både för ångest- och psykossymtom varit de mindre omfattande alternativen B och C. När det kommer till psykossymtomen utgörs enbart 5 % av skattningarna av ”ihållande och allvarliga psykossymtom”. Motsvarande siffra när det gäller ångestsymtomen är högre. Det kan dock vara värt att notera att nästan samtliga av de skattningar som gjorts för alternativ A gjorts för en av de nio brukare som omfattas av SORM. Det kan även nämnas att merparten av skattningsalternativet A gjordes under de första åren av verksamheten, med andra ord kunde dessa brukares symtom begränsas efter en tid vid boendet. Enligt ovanstående sammanställning verkar det som att brukarnas symtom både vad gäller ångest och psykos har kunnat begränsas till ”avgränsade perioder”, ”vissa symtom” och ”enstaka tillfällen”.

Som tidigare nämnts så framträdde brukarnas sjukdom tydligare i takt med att missbruket reducerades. Flertalet av dem var inte heller ordentligt utredda då de flyttade till LÄ på grund av att det inte går att göra en exakt bedömning av sjukdomen under ett aktivt missbruk. Sedan flytten till LÄ har brukarna varit medicinerade för sin sjukdom och de har haft regelbunden läkarkontakt. För flera av dem är det första gången de har fått en strukturerad och kontinuerlig medicinsk behandling för sitt funktionshinder. Personalen betonar i flera av de intervjuer som görs med dem hur värdefullt det är att ha medicinskt kunnande nära de boende och nära till hands för dem själva. Både genom den läkare på 25 % som besöker LÄ en gång i veckan men också genom den heltidsanställda psykiatrijuksköterskan vid LÄ. Tack vare tillgängligheten till medicinskt kunnande har man även kunnat praktisera en följsam medicinering vid LÄ. Den följsamma medicineringen innebär att vara lyhörd för förändringar i brukarnas mående, skov i sjukdomen eller återfall i missbruket. Flera av de mediciner som en del av brukarna tar bör inte tas då de är påverkade till exempel. I sådana och andra situationer har personalen haft god vägledning och stöttning av läkare och sjuksköterska.

I och med det helhetsperspektiv som kunnat tas och genom den regelbundna och följsamma medicineringen kan de boendes psykiska hälsa bedömas som stabil. Däremot har de alla trots medicinering tydliga symtom och funktionshinder som kommer av sjukdomen. Med andra ord kan medicinering hjälpa till att minska och stabilisera symtom, som SORM-skattningarna även verkar visa. Den kan även motverka häftiga svängningar i brukarnas mående men inte helt avlägsna sjukdomens yttringar.

4.2.5 Behandlingsmotivation och sjukdomsinsikt

Brukarnas inställning till olika behandlingsinsatser påverkar naturligtvis även deras mående. I SORM-verktyget har brukarens behandlingsmotivation värderats utifrån deras inställning och motivation att delta i behandlingsinsatser. För de boende vid LÄ kan behandlingsinsatser innebära en rad olika aspekter, där medicinering enbart utgör en av dem. Det kan för någon handla om olika former av social träning, för en annan av brukarna kan det handla om ADL-träning eller städning av den egna lägenheten. För andra kan det även innefatta

insatser som handlar om somatisk vård eller tandvård, som tidigare nämnts. Av SORM-materialet framgår det att boendegruppen vid LÄ har en god motivation till att delta i behandlingsinsatser. Ingen av de boende har under tiden vid LÄ visat så låg motivation till behandling att de vägrat delta eller vägrat ta medicin. Däremot förekommer det att flera av dem under perioder visat en försvagad motivation men ändå deltagit frivilligt.

Som tidigare nämnts så verkar de boende under tid ha ökat sin sjukdomsinsikt och det kan vara intressant att se om den ökade insikten även ger en stabil och god behandlingsmotivation. När sjukdomsinsikt värderas och mäts i SORM så avses inte enbart att brukaren ska förstå att den har en psykisk störning utan även de sociala konsekvenserna av sjukdomen samt medicineringens betydelse. När skattningarna behandlingsmotivation och sjukdomsinsikt ställdes i relation till varandra kunde vi även se att det fanns ett samband. Både för behandlingsmotivationen och för sjukdomsinsikten är utvecklingen positiv över tid, även om förändringarna inte är markant stora. Det vill säga ingen av de boende bedöms helt sakna sjukdomsinsikt eller motivation till behandling utan enbart svikta i olika perioder vad gäller insikt och motivation. Dessutom verkar det som att de båda aspekterna har stabiliserats över tid på så vis att de senare skattningarna tenderar att ge samma utslag medan tidiga skattningar kan variera till större grad.

4.3 Vårdkonsumtion och läkarbesök

Genom statistik från Landstinget i Östergötland har de boendes vårdbehov och hur det sett ut över tid kunnat studeras närmare. Som framkommit ovan så var flera av brukarnas liv oorganiserat och ”flackigt” innan de kom till LÄ. Flertalet av dem hade under flera år pendlat mellan olika boendeformer och placeringar som LVM-hem, familjehem, gruppboende för utvecklingsstörda m.m. På så vis var det intressant att se om ett permanent boende med regelbundet stöd på något vis påverkat brukarnas slutenvårdskonsumtion, dvs. tillfällen då brukare vårdats inneliggande på olika avdelningar vid sjukhuset. Sjuksköterskan vid LÄ har via landstinget sökt och tagit fram siffror över boendegruppens vårdkonsumtion innan de flyttade till LÄ och för tiden de varit vid LÄ. Det material som tagits

fram rör både öppenvårdskontakter samt slutenvårdskonsumtion räknad i antal vårddygn. Sökningen begränsades till de kliniker som av sjuksköterskan bedömts vara de aktuella för målgruppen och kom att bli; beroendekliniken, psykiatriska kliniken, akutkliniken samt infektionskliniken. Siffrorna har sedan sammanställts i två enkla tabeller, en för slutenvårdstillfällena räknade i vårddygn samt en för öppenvården och antal läkarkontakter. För varje brukare har statistik tagits fram relativt till tiden de bott vid LÄ och fram till december 2008. Det innebär till exempel att om Kalle har bott vid LÄ i 3 år i december 2008 har de tillfällena han varit inskriven vid sjukhuset samt de läkarkontakter han haft för en period om 3 år innan flytten till LÄ tagits fram. I de sammanställningar som återfinns nedan har samtliga brukares vårdtillfällen lagts samman så det återigen är boendegruppens utveckling som vi studerar inte de enskilda individerna.

Slutenvårdstillfällena

Klinik	Innan LÄ	Vid LÄ
Beroendekliniken	51	59
Psykiatriska kliniken	90	2
Infektionskliniken	0	9
Akutkliniken	2	0
Summa vårddygn i slutenvård	143	70

Tabell 6: Antal slutenvårdstillfällena relativt till den tid brukarna bott vid LÄ samt fram till december 2008

Som det går att utläsa av tabellen har antalet slutenvårdstillfällena i princip halverats i antal vårddygn sedan brukarna flyttat till LÄ. Framförallt anmärkningsvärt är att slutenvården vid psykiatriska kliniken minskat så kraftigt. Visserligen framgår det av datamaterialet av en av de boende vid LÄ varit inskriven 53 av de 90 dygn som registrerats för psykiatriska kliniken. Trots att det är en brukare som står för en så stor andel av slutenvården vid psykiatriska kliniken så är reduktionen till 2 vårddygn sedan verksamheten vid LÄ startat anmärkningsvärd. I sammanhanget kan det även vara värt att nämna att samma brukare sedan flytten till LÄ inte vårdats varken vid psykiatriska kliniken eller vid någon av de andra. När det gäller boendegruppens slutenvårdstillfällena vid beroendekliniken såg den i slutet av 2008 ut att vara relativt oförändrad. Däremot kan även slutenvården vid beroendekliniken ha minskat sedan december 2008 då missbruket reducerats kraftigt och i huvudsak

samtliga i boendegruppen är nyktra och drogfria. Som tidigare lyfts fram var det flera somatiska sjukdomar och besvär hos de boende som blev tydligare sedan de flyttat till det permanenta boendet vid LÄ. Genom att brukarna har daglig, regelbunden kontakt och stöd har hela deras livssituation kunnat uppmärksammas på ett annat sätt än tidigare. Flera i boendegruppen har någon form av hepatit till exempel. De uppkomna behoven vad gäller somatisk vård kan vara en förklaring till att brukare även varit inlagda vid infektionskliniken sedan de flyttat till LÄ.

Öppen vård - antal läkarbesök

Klinik	Innan LÄ	Vid LÄ
Beroendekliniken	14	63
Psykiatriska kliniken	14	2
Infektionskliniken	2	4
Akutkliniken	6	9
Summa antal läkarbesök	38	78

Tabell 7: Antal läkarkontakter relativt till den tid brukarna bott vid LÄ samt fram till december 2008.

Till skillnad från konsumtion av slutenvård har antalet läkarkontakter och öppenvårdstillfällen närmast fördubblats. Det är framförallt läkarbesök vid beroendekliniken som står för den ökningen, vilket i huvudsak beror på att den läkare som är knuten till boendet vid LÄ har sin anställning vid beroendekliniken. Däremot har läkarbesöken vid psykiatriska kliniken minskat från 14 besök för boendegruppen innan flytten till LÄ till enbart 2 besök under tiden vid LÄ. Ökningen vad gäller läkarkontakter kan även förklaras genom att ett tydligare helhetsgrepp har kunnat tas vad gäller de boendes hälsa och mående sedan de flyttat till ett permanent boende med dagligt stöd. Dessutom hjälper och stöttar personalen de boende att hålla de inbokade läkartider som de har, något som flera av dem ofta misskötte innan.

Den förskjutning som skett från slutenvård vid sjukhuset till öppenvårdskontakter kan även tolkas som ett tecken på att de boendes hälsa har förbättrats eller i alla fall stabiliserats sedan de flyttat till LÄ. Förändringar i de boendes hälsa och mående kan dessutom på ett annat sätt uppmärksammas tidigt genom den regelbundna kontakten som finns med personal, ssk och läkare.

Exempelvis kan en negativ utveckling vad gäller psykisk hälsa och/eller missbruk bromsas eller i bästa fall till och med förhindras genom olika insatser som ökat stöd och ändrad medicinering.

4.4 Livskvalitet

Den mest övergripande frågan i brukarstudien kan sägas vara hur brukarnas livskvalitet har utvecklats och förändrats sedan de flyttade till ett permanent boende vid LÄ. Att värdera eller på något sätt mäta en individs livskvalitet är dock svårt eftersom det till stora delar är individens egen upplevelse och definition av vad en god livskvalitet ska vara som är avgörande. Genom att beskriva brukarnas vardagsliv, missbruk, psykiska hälsa, behov av vård m.m. har vi dock försökt att ringa in och ge en bild av de boendes livskvalitet baserat på yttre betingelser och perspektiv. Här kommer delvis dessa olika aspekter att summeras ihop i ett försök att diskutera brukarnas livskvalitet utifrån. Huvudsakligt fokus kommer dock att vara på de boendes egna reflektioner och bedömningar rörande sin livskvalitet.

I ljuset av brukarnas tidigare livssituation kan livskvaliteten för gruppen på flera olika plan sägas ha förbättrats sedan de flyttade till LÄ. En av de stora skillnaderna är framförallt den stabilitet som ett permanent boende har medfört. Överhuvudtaget har deras situation stabiliserats genom att den präglas av en regelbundenhet som inte fanns på samma sätt tidigare. Exempelvis har de sedan de flyttat till LÄ haft samma läkare under en längre period. Personalgruppen vid LÄ är dessutom relativt fast vilket gör att brukarna har chans och möjlighet att utveckla stabila och långsiktiga relationer till personalgruppen. Andra faktorer som talar för att deras livskvalitet har förbättrats är att missbruket reducerats och att deras psykiska hälsa stabiliserats. Några av dem har under perioder och i skilda former även haft sysselsättning som kunnat bidra till att vardagen blivit mer varierande. Sammantaget har dessa förändringar lett till att brukarnas livssituation har förändrats på ett sätt som även kan sägas höja deras livskvalitet.

Men vad säger de själva om sin situation och sin livskvalitet? En mindre del av SORM utgörs av vad som kallas för subjektiva kriterier och här ges brukaren

möjlighet att själv uppskatta och värdera bland annat sin hälsa och sin livskvalitet. På en skala mellan 0-100 %, där 0 % motsvarar ”Mycket missnöjd, har många problemområden” och 100 % ”Mycket nöjd har inga problemområden” får brukaren skatta sin egen livskvalitet. I samband med att skattningen görs får de även utrymme att med egna ord kommentera skattningen och den egna upplevelsen av livskvalitet. Brukarnas skattningar med kommentarer har sammanställts för att se om några förändringar över tid kan ses i materialet och för att se hur de själva upplever sin livskvalitet. När sammanställningen har gjorts blev det väldigt tydligt att brukarnas egna skattningar varierar mycket. Samma brukare kan ena gången ha skattat sin livskvalitet till 55 %, andra gången till nära 90 % och en tredje gång till 45 %. Det förekommer enbart ett fåtal skattningar som ligger under 50 % och i genomsnitt så skattar de boendes sin livskvalitet en bit över 50 %.

De efterföljande kommentarerna som brukarna lämnar ger sällan någon vägledning i hur de varierande skattningarna ska tolkas. Även om skattningarna varierar kraftigt så kan kommentarerna vara ganska lika. Det går med andra ord inte att se några tydliga mönster, varken av att de anser att deras livskvalitet har blivit bättre eller att den har försämrats. Det finns i de flesta fall inte heller något samband mellan skattningarna på procentskalan och de kommentarer som de sedan ger till skattningen. En förklaring till detta kan vara att de vid olika tillfällena tolkar och lägger in olika aspekter i vad en god livskvalitet ska vara. Skattningarnas utfall kan även ha påverkats av ”dagsformen” och huruvida de har sett positivt eller negativt på sin situation. Ena dagen kan de boende uppleva att deras situation har förbättrats gentemot hur de tidigare levde och andra dagar verkar begränsningarna i deras handlingsutrymme och situation påverka deras svar. Dessa motsättningar framträder även under intervjuerna med brukargruppen. På samma gång som de verkar tycka att det är skönt att bo vid LÄ, de mår bättre än tidigare och de tycker att deras situation är trygg, längtar flera av dem efter en större frihet i sina liv och framförallt till ett eget boende. De stora variationer som återfinns när det kommer till de boendes egna tankar om livskvalitet visar på ett tydligt sätt begreppets komplexitet och hur den egna uppfattningen kring detsamma lätt kan påverkas av yttre faktorer i livet och de egna känslorna. Även att det inte går att se några mönster eller förändringar vad gäller de boendes syn på livskvalitet i SORM-materialet kan deras egna tankar

och reflektioner bilda en god illustration till hur de upplever sin situation. Nedan har därför ett urval av brukarnas kommentarer samlats. På samma sätt som för kommentarerna kring missbruket har för varje brukare som deltog två skilda kommentarer valts ut, vilket ytterligare betonar variationen i deras svar. Några av kommentarerna innehåller ord eller uttryck som genom sin karaktär och innebörd inte kan garantera brukarens anonymitet, i dessa fall har ordet/orden ersatt med ett X.

Brukare 1:

Ja, jag är ju ganska positiv till min läggning så 50 % måste jag väl ge. Det ordnar sig alltid och det har du alltid gjort också. Ibland måste man ju ta ansvar för sitt liv, fast ansvar är jobbigt när man mår dåligt.

Ca 50 %, det borde ligga på nivån drygt 50 %. Den är väl si och så, då jag kommer ut och handlar saker till hemmet så mår jag bättre. Då jag drogade mycket så var livskvaliteten bättre på sätt och vis

Brukare 2:

Nja, där finns det väl en del kvar, man vill ju inte bo så här hela livet men mycket är ju bra också. (Skattning 50 %)

Jag har ju X och jag lyssnar på musik och grejar på. Det är livskvalitet. (Skattning 70 %)

Brukare 3:

Jo, men det är väl bra på många sätt fast helt på topp är det inte man börjar ju bli gammal. (Skattning 70 %)

Så snart benet är friskt så är det mesta väldigt bra, jag är vän med livet och min ålder. (Skattning 90 %)

Brukare 4:

Ja, men det är ju bra, det som saknas är ju X, annars är det bra att bo såhär. Fast jag borde nog göra någonting, kanske någon sysselsättning. De pratar ju om det

personalen att jag borde göra någonting på dagarna, men vad? Jag kan ju ingenting direkt. (Skattning 80 %)

Jag är missnöjd med mig själv att jag äter socker och att jag inte vet hur jag ska göra med körkortet. (Skattning 80 %)

Brukare 5:

Det är inget vidare jag tänker på mitt handikapp som är ångest och depression. (Skattning 35 %)

Det är ett svårt begrepp, det känns så skiftande. Det har ju med hälsan att göra också, det beror på hur man mår både psykiskt och fysiskt. (Skattning 50 %)

Brukare 6:

Den är väl hyfsad. Livskvalitet är väl att vara nöjd och finna sig i att bli äldre. Det är ju också att ha råd med ekonomiskt med saker, med det man behöver. (Skattning 50 %)

Jag lever mer hälsosamt nu, äter bättre och har bättre kontakt med andra. (Skattning 85 %)

Brukare 7:

Jag vet inte riktigt, jag tycker att livet är rätt ok. Ibland går livet för långsamt, jag skulle kunna må bättre också. (Skattning 70 %)

Den är bra, mår jag bra psykiskt skulle livet vara ännu bättre. (Skattning 85 %)

Brukare 8:

Dålig, det är inget liv att droga och sitta i skamvrån. (Skattning 45 %)

Det är mycket bättre, jag är inte så sjuk. Jag kan koncentrera mig bättre och jag mår riktigt bra ibland. (Skattning 50 %)

Brukare 9:

Jag tycker att det är bra till 90 procent, en bit är det kvar. Man vill ju må bättre och känna sig helt frisk, det är en bit kvar.

Jag är nöjd med mig själv och glad över den jag är. Jag gör framsteg. (Skattning 100 %)

4.5 Sammanfattning och slutsatser delstudie 1 – brukarnas perspektiv

Utvecklingen för boendegruppen vid LÄ har varit god och kanske bättre än vad som förväntats. När boendet startade var det svårt att förutse hur utvecklingen för brukarna skulle vara. Exempel på oförutsedda aspekter är att flera brukare har kommit att behöva utökad somatisk vård och att man har behövt hitta lösningar för hur brukare ska kunna flytta till eget boende. Inledningsvis fanns det inga tankar eller förhoppningar om att någon av de boende skulle kunna flytta från LÄ till eget boende. En annan aspekt i boendets och brukarnas utveckling är att den psykiska sjukdomen har blivit tydligare i och med ett reducerat missbruk. Detta ger nya förutsättningar för både brukarna själva och boendet som helhet.

Avslutningsvis kan utvecklingen för boendegruppen vid LÄ sammanfattas i 3 punkter:

1. Reducerat missbruk alternativt hel drogfrihet
2. Stabilitet i den psykiska sjukdomen
3. Sysselsättning för de som kan och vill

En fjärde punkt skulle eventuellt kunna vara ökad livskvalitet. Men vad som utgör livskvalitet är både komplext och i mångt och mycket subjektivt. För flertalet av de boende har livet blivit betydligt lugnare och stabilare sedan de flyttade till LÄ och med ett kraftigt reducerat missbruk så har deras liv förändrats. De medicinerar kontinuerligt för deras psykiska funktionshinder och är på ett vis mer stabila men flera av brukarna har även påverkats av den ökade sjukdomsinsikten. För några av dem har sjukdomen dolts av missbruket. I flera

fall har inte vården kunnat genomföra en fullständig diagnos p.g.a. det aktiva missbruket, vilket även har inneburit att man inte vetat hur sjuka dessa brukare är. Ur ett perspektiv har livskvaliteten ökat för boendegruppen vid LÄ men ur ett annat perspektiv så kan det sägas att den ökade sjukdomsinsikten både kan påverka livskvaliteten på ett positivt och negativt sätt för de boende.

5 Resultat delstudie 2 – personalperspektivet

Behovet av en ökad samverkan mellan psykiatri och socialtjänst när det gäller missbrukare med psykiskt funktionshinder har under en längre tid betonats.⁴⁵ I samband med den nationella psykiatriutredningen och samordningen som pågick mellan 2003-2006 var utlåtandet från utredningsgruppen tydligt; denna målgrupp kräver att missbruket och den psykiska sjukdomen behandlas samtidigt och att organisationer och verksamheter anpassas för att det ska kunna ske.⁴⁶ Samordning mellan sjukvården och socialtjänsten lyfts fram och bekräftas ytterligare i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård som socialstyrelsen publicerade 2007.⁴⁷

I den andra delstudien sätts bland annat samverkan mellan olika huvudmän i fokus och framförallt hur samarbetet och samverkan vid LÄ fungerar och ser ut. De centrala frågeställningarna rör sig kring verksamhetens framväxt och hur samverkan mellan de olika organisationerna och personalgrupperna fungerar i praktiken. Studien tar utgångspunkt i personalens egna perspektiv.

5.1 Tillbakablick – intervjuomgång 1

Detta avsnitt kommer till stor del att bygga vidare på det som presenterades i ”Delrapport från Landeryds Ängar”.⁴⁸ I delrapporten har personalperspektivet stort utrymme och resultatet från den första intervjuomgången redovisas och diskuteras. Här kommer det huvudsakliga utrymmet därför att ägnas den andra intervjuomgången samt gruppintervjuerna. Som en inledande bakgrund ges dock först en kort sammanfattning från den första intervjuomgången och från den diskussion som förs i delrapporten.

⁴⁵ Se bl.a. Riksdagen, Proposition 1987/88:147, SOU 1992:73, Socialstyrelsen, (2005)

⁴⁶ Missbruk och samtidig psykisk sjukdom – en programförklaring i 10 punkter.

⁴⁷ Socialstyrelsen (2007) *Nationella riktlinjer för missbruksvård- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.*

⁴⁸ Schultz, L. & Klöfver, H (2007)

5.1.1 Icke-hierarkiska relationer och öppen kommunikation

Den första omgången intervjuer med personalen visade tydligt att i den ordinarie verksamheten fungerade samarbetet väl. De intervjuade ansåg inte att det faktum att medarbetarna kommer från två skilda organisationer med skilda kulturer skapade några hinder eller problem i arbetet. Snarare fanns det en bild av att skillnaderna till viss del hade överdrivits.

Jag tror att man överdriver de där problemen liksom, de kan verka oöverstigliga på planeringsstadiet, men när man väl börjar att jobba kring de enskilda boende, kring patienterna eller klienterna, då brukar inte det här vara något stort problem. För då liksom, allteftersom man lär känna varandra och man lär känna de boende så, i det konkreta så att säga, de konkreta problemen som uppstår så... ja, det är liksom ett givande och tagande och det brukar, det har inte jag upplevt att det blir några motsättningar.

En tydlig och klar ansvars- och rollfördelning kan ses vara en förklaring till att personalen ansåg att samarbetet fungerade bra. De olika ansvarsområdena regleras i samverkansavtalet för LÄ, därutöver har verksamheten från start präglats av en öppen och regelbunden kommunikation. Den ömsesidiga kommunikationen är en annan bidragande faktor till det fungerande samarbetet. Sådär uttryckte sig några av medarbetarna själva:

Vi har ju alltid en dialog. Hela tiden, om alla. Hela tiden. Absolut...vi samarbetar hela tiden, det funkar jättebra jag tycker att vi har en kanonbra dialog.

Jag tror att man kanske har en annan villighet att inte, att liksom få en bra kommunikation, eller lära sig prata samma språk eller veta att man pratar om samma saker.

Det verkar även finnas en villighet att lyssna på varandra över professions- och organisationsgränser. Flera av de intervjuade vuxenpedagogerna talar om att deras kompetens och deras erfarenheter ges utrymme och är av vikt för både läkare och sjuksköterska i diskussionerna kring brukarna. Dessutom lyfter flera fram hur betydelsefullt det har varit för verksamheten att ha en sjuksköterska och på så vis medicinskt kunnande på plats vid boendet.

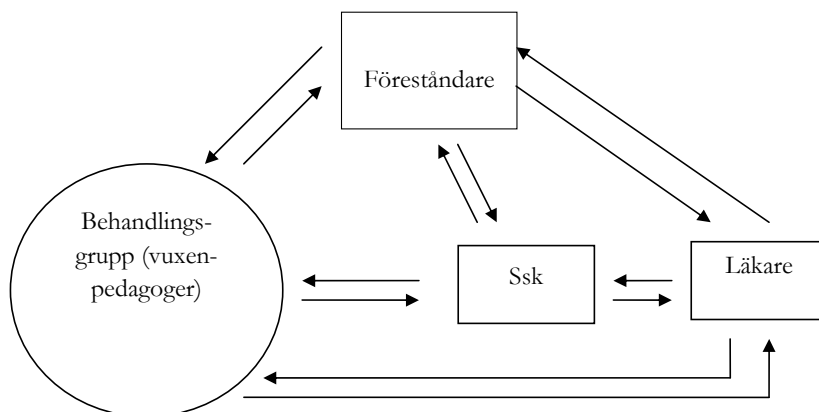
Vi har väl den inställningen att vi ska försöka titta in i varandras discipliner och försöka lära oss av varandra, istället för att stå och tuffäktas så att säga. Det har inte varit någon tuffäktning här överhuvudtaget.

Att läkaren lyssnar alltid, hon lyssnar alltid på vad man säger...när jag pratar med henne så säger hon direkt, ja men vi ska, det kanske är bra att prova det, liksom det du säger. Så att hon är hela tiden öppen för det och gör en bedömning, hon har aldrig något sådant här att det är jag som läkaren, det är jag som kan det här. Aldrig. Det tycker jag är så himla bra. Och sjuksköterskan är precis likadan. Så vi har ett jättebra samarbete tycker jag, där man lyssnar på varandra

Ja vi blir uppdaterade på ett annat sätt, det är kortare vägar om det...någon typ av krämpa eller någonting som behöver åtgärdas så har vi en sjuksköterska här och som då sköter hela medicinbiten. Vi har ju hand om utdelningen av medicinerna nu, men vi har någon som klienterna kan bolla sin medicinering direkt med här på plats så det är de bitarna som har gjort att vi har kunnat inrikta oss mer på vårt jobb och klienterna har kunnat få kortare väg för att få sina frågor besvarade.

Som framgår av citaten ovan verkar dessutom relationerna präglas av en ömsesidig respekt för varandras kunskaper och erfarenheter. Beslutsfattande sker i samråd med varandra och även om det många gånger finns en väldigt tydlig hierarki i vården så verkar verksamheten vid LÄ ha en platt karaktär.

Den första intervjuomgången visade att det fanns ett bra flöde i kommunikationen och framförallt att vägarna mellan olika kompetenser är korta. Detta illustreras av modellen nedan:



Modell 1: Kommunikation och kommunikationsvägar vid LÄ

Förutom tydlig roll- och ansvarsfördelning, regelbunden och öppen kommunikation, icke-hierarkiska relationer och ömsesidig respekt för varandras kunskande och erfarenheter identifierades de återkommande behandlingskonferenserna som en bidragande faktor till god samverkan. Vid behandlingskonferenserna diskuteras brukarna gemensamt av de olika kompetenser som finns runt brukaren, dvs. i första hand läkare, sjuksköterska, vuxenpedagog samt arbetsterapeut och i vissa fall även social handläggare.

5.2 ***Verksamhetens utveckling – en process mot en sammanhållen organisation***

I alla av de samtal som förts med personalen vid LÄ, under de individuella intervjuerna, gruppintervjuerna och under de informella samtal som förts runt lunchbordet, beskriver merparten av informanterna verksamhetens utveckling som en process. När jag under gruppintervjuerna ber dem se tillbaka på de år som verksamheten LÄ varit igång har de har svårt att se att se det som att organisationen har gått igenom olika distinkta faser. Istället menar de att utvecklingen har skett i små steg, det har varit en process att komma dit de är och att den har skett gradvis. Med andra ord så menar de att utvecklingen har innehållit olika delar men att det kan vara svårt att beskriva dessa som skilda från varandra. De verkar även tycka att de lärt sig något viktigt av de olika saker

som hänt sedan verksamheten startade upp. Citatet nedan illustrerar detta som, flera av informanterna uttrycker, på ett tydligt sätt:

Det är nog inte som olika faser utan mer som någon slags utveckling som så att säga följer någon jämn kurva såhär. Vi blir mer hoparbetade och får mer rutiner utifrån, ja, utifrån våra erfarenheter av de boende och verksamheten och så, jag har svårt att se att det är som faser.

För att försöka fånga och beskriva verksamheten LÄ uppbyggnad och utveckling skulle vi trots detta ändå vilja göra det i termer av faser eller olika delar av processen, utvecklingen. Oberoende vad dessa delar kallas så är de inte helt distinkta och separerade från varandra. Verkligheten är levande och dynamisk och i organisationer pågår många gånger flera parallella processer. Flera av de aspekter som de intervjuade beskriver av verksamhetens utveckling kan jämföras med vad som ofta lyfts fram i forskning om arbetsgruppers utveckling. Dessa processer har getts lite olika etikett av olika forskare, vissa identifierar 4 faser och andra 5 men utvecklingen följer i princip samma kurva. Återigen, dessa faser ska inte ses som separata, flera aspekter kan naturligtvis förekomma samtidigt i en grupp, men olika tider kan sägas präglas mera av samma/liknande saker. Personalgruppen på LÄ är en stor grupp, ca 13 pedagoger, samt ssk, föreståndare, läkare, arbetsterapeut. De begrepp som används för arbetsgruppers utveckling bygger på mindre och mera homogena grupper men trots det så kan de vara till hjälp att förstå och beskriva den utveckling som skett vid LÄ. Lennér Axelsson (2005) har identifierat fem olika faser i en arbetsgrupps utveckling:

1. **Initialfas:** präglas av orientering, oklara normer, oklara roller. Orientering mot varandra, likheter.
2. **Smekmånadsfas:** riklig kommunikation, hög tillfredsställelse
3. **Integration:** utkristallisering av roller, fördjupad kommunikation, vi-känsla
4. **Konfliktfas:** motsättningar kommer upp, positionering, makt, allianser

5. Mognad: klara mål och roller, ömsesidig respekt, tydlig kommunikation, samförstånd och dialog, konstruktiv kritik, samarbete⁴⁹

Med dessa begrepp som bakgrund så ges nu en bild av hur verksamheten vid LÄ byggs upp.

5.2.1 Att starta upp en verksamhet – en förutsättningslös inledning

Ur flera aspekter kan uppstarten av LÄ beskrivas som förutsättningslös. Även om samarbeten mellan kommuner och landsting förekommit tidigare så fanns det ingen färdig mall för hur samverkan på LÄ skulle se ut eller gå till. Vissa saker var naturligtvis givna i samarbetsavtalet som upprättats men det var ändå svårt för personalen att se hur saker skulle fungera och falla ut i praktiken. De förutsättningar som var kända var hur många boende man kunde ta emot, verksamhetens mål – dvs. att vara ett stödboende i första hand, fördelningen av ansvarsområden mellan kommunen och landstinget, fördelningen av resurser m.m. Det som även var känt var boendets målgrupp som definierats av den blivande föreståndaren, ssk och läkare bl.a.

De flesta av de intervjuade som var med från uppstarten beskriver den första tiden som lite förvirrande och full av möten och samtal om hur verksamheten skulle drivas. Inledningen var förutsättningslös beskriver en av de intervjuade. Det fanns inga färdiga rutiner eller former för hur verksamheten skulle bedrivas, avtalet beskrev inte det praktiska arbetet. Den dåvarande föreståndaren beskrivs som mån om att alla skulle vara delaktiga i forandet av verksamheten. Den första tiden präglades av mycket samtal och diskussioner av olika slag. Personalen hade många gemensamma möten för att diskutera och planera:

... först hade vi en sån här väldigt ambitiös period då vi planerade och planerade och hade listor med både det ena och det andra, vi hade planeringsmöten som hade, alltså jag vet inte, som hade hundra punkter som vi gick in för med liv och lust och sådär.

⁴⁹ Lennér Axelsson, B. (2005) *Arbetsgruppens psykologi* Stockholm: Natur och Kultur

... när vi började så hade vi ingen struktur vi hade ingen metod vi hade ingenting...

Den första tiden präglades av riklig kommunikation och diskussion om hur verksamheten skulle bedrivas. Flera av de intervjuade säger även att detta fick ta tid och föreståndaren gav personalen stort utrymme ansvar och hitta rätt. Till en början var LÄ dessutom inte fullbelagt vilket underlättade processen att arbeta fram rutiner. Den här tiden skulle kunna jämföras med det som Lenner Axelsson kallar för initialfas. Personalens olika roller var delvis oklara och det fanns ett behov av att orientera sig, hitta likheter samt hitta en gemensam grund för arbetet.

Många beskriver även den första tiden som övervägande positiv. Som lite av en smekmånad. Det var nytt och alla hade ett uttalat engagemang för arbetet. Mötet mellan de olika personalkategorierna var positivt. Som redan framkommit så fanns det en vilja hos personalen att skapa ett fungerande samarbete. Det var berikande för arbetet att ha sjuksköterskekompetens på plats dagligen och att kommunikationen med läkaren fungerade på ett bra sätt. Sådär säger en av de intervjuade om samarbetet:

Vi satte oss ner och upptäckte väldigt snart att vi hade väldigt mycket samma tänk. Vi hade mycket samma tänk i grund och botten, och sedan så kom vi från två olika perspektiv men vi fick det att smälta samman ganska bra... det kändes som att vi var beredda att lyssna på varandra.

5.2.2 Att hitta arbetsformer och rutiner

Många upplevde samarbetet mellan landstinget och kommunen som nytt och positivt men samtidigt belyser flera av de intervjuade att det fanns delar i samverkan som var svåra. Det fanns organisatoriska förutsättningar som fungerade hindrande för den nya verksamheten vid LÄ. Ett sådant exempel var att landstinget och kommunen har olika journalsystem och att landstingets system är belagt med sekretess. Detta innebar att det var svårt att kunna få en samlad och enhetlig bild av varje boende. En annan aspekt i samverkansavtalet som det har rått oklarheter omkring är landstingets insatser och då framförallt beroendeklinikens roll som bl.a. enligt avtalet skulle bidra med en plats för

boende från LÄ. En annan försvårande omständighet som kunde nämnas i intervjuerna är att det kan förekomma olika språk för liknande saker inom kommun och landsting.

Jag tror att vi hade en tid innan vi hittade våra platser, det här med landstinget och vi, innan man hittade riktigt balansen och vem som ska göra vad och vad man ska göra och hur det skulle se ut. Där tror jag vi hade en liten svacka kan man väl säga innan vi kunde se hur det skulle se ut.

Några av de intervjuade menar även att det var tyngre att arbeta innan de hade en tydlig struktur. Saker tog lång tid och det fanns inga klara gemensamma rutiner för hur situationer skulle hanteras utan det var något som arbetades fram senare i verksamhetens utveckling. De intervjuade beskriver hur de under den första tiden provade att arbeta relativt individuellt mot varje brukare för att svara mot just den brukarens behov. Detta innebar att det inte utvecklades så många gemensamma rutiner och handlingsstrategier kring de boende.

Vi hade ju ingen struktur från början, och det var ju därför det vart så jobbigt alltså, man hann ju inte med det man skulle. Det krävs struktur när man är så många människor. För att man inte hinner med annars. Och därför tror jag det vart tungt ibland. Jag kunde uppleva det, tyckte att det var väldigt tungt alltså, för man behöver nån viss form av struktur som att skriva det här dagsschemat till exempel. Man hade ingen koll på vad dom andra tre gjorde ett tag för man liksom bara körde sitt eget race och man hoppades att dom andra liksom gjorde det dom skulle.

Den här delen av utvecklingsprocessen vid LÄ skulle kunna sägas vara präglad av en spänning mellan integrering och konflikt. Enligt Lenner Axelssons modell så går de flesta arbetsgrupper igenom en fas där rollerna utkristalliseras och blir tydliga, kommunikationen fördjupas och gruppen blir mer sammansvetsad. Men inom de flesta grupper uppstår även motsättningar, ifrågasättande och olika positioneringar. Vid LÄ beskrivs detta som parallellt pågående av personalen. Under en tid då verksamheten byggdes upp och utvecklades och när former och rutiner för arbetet började sätta sig så förekom även motsättningar och skilda åsikter.

Men sen så började det vara lite ifrågasättande om hur samarbetet ska se ut, vem ska göra vad och sådana saker och det känns som att det har också stabiliserat sig nu och vi har hittat en bra form.

Ett par från personalgruppen sökte sig även till annat arbete under den här tiden. I huvudsak verkar det ha handlat om att framförallt en av de som slutade ville arbeta mera aktivt med missbruksbehandling. De intervjuade beskriver att den medarbetare som slutade ville att LÄ skulle vara ett annat slags boende och att personen tog mycket plats i personalgruppen.

5.2.3 Vägen till en mogen organisation

Under hösten 2008 genomfördes gruppintervjuer med personalen. Studien skulle avslutas i december samma år och efter att den andra omgången av individuella intervjuer genomförts så hade föreståndaren som var med vid uppstarten av LÄ slutat. Med anledning av detta ville vi, innan projektet avslutades, göra en sista uppföljning med personalen.

Vid tiden för gruppintervjuerna hade verksamheten vid LÄ varit igång i snart 3,5 år. Med få undantag så var personalgruppen i princip densamma sen våren 2005. Vid projektets avslut var personalgruppen en grupp som fungerade väl, de hade en gemensam erfarenhet som gjorde dem till en sammansvetsad grupp. Så här säger de själva:

Ja det fungerar bra och om man tänker att det någonstans är den erfarenhet som har kommit med tiden som har gjort att rutinerna ser ut som dom gör idag så att säga.

Jamen visst är det så, det måste ju vara en process det måste det ju vara. När man börjar som du säger förutsättningslöst och man har – ja vad kan man kan förvänta sig? Boendegruppen visste väl inte heller vad dom kunde förvänta sig och hur det skulle bli. Vi hade ju någonstans ett mål med ökad livskvalitet och så vidare. Men metoden har ju verkat fram så att säga, vi har provat och förkastat idéer hit och dit många gånger, men jag tror att vi tycker att vi just nu har en ganska bra metod som vi kan vila i litegrann. Det är väldigt skönt att veta vad tusan vi håller på med egentligen, det kanske man inte alltid visste från början så det känns ju väldigt bra

När de intervjuade tittar tillbaka på LÄ sedan starten 2005 beskriver de en organisation som sakta utvecklats till en mogen och väl fungerande verksamhet. Gruppintervjuerna visade att samarbetet i personalgruppen är präglad av ömsesidig respekt för varandras olikheter samtidigt som det finns ett tydligt samförstånd om hur de vill arbeta. Arbetsformen, såsom den beskrivs av personalen, består delvis av gemensamma rutiner och en gemensam struktur för hur olika händelser ska hanteras och delvis av individuella lösningar. Det vill säga, merparten av arbetet utförs genom gemensamt utformade rutiner men det finns även stort utrymme för frihet i arbetet. Personalgruppen menar även att arbetet sällan har känts rutinartat och inrutat till stor del för att de boendes utveckling inte har kunnat förutses, det har alltid hänt nya saker. En av de intervjuade beskriver boendegruppens och arbetsformernas utveckling med de här orden:

Vi har ju märkt vilka metoder och vilken målgrupp för boendet som funkar. Vad vi klarar av och inte klarar, även om målgruppen – psykossjukdom och missbrukare kan vara samma, så är det inte samma. Alla psykossjukdomar som t.ex. paranoidea kanske inte klarar av en sån här stor personalgrupp och boendeform. Och det är det man har märkt att vår struktur, och vilka vi är bäst på har på nåt sätt nischats. Det känner jag att det har på nåt sätt utvecklats, vilket har gjort att vi har hittat rätt. Från början så var det aktiva missbrukare som man försökte hålla missbruket nere på och vi försökte hitta en struktur som fungerade på den här målgruppen och sen så med den psykiska sjukdomen som följde med både beroendeproblematiken och den psykiatriska problematiken. Vår metod har utvecklats känns det som.

5.3 Sammanfattning och slutsatser delstudie 2 – personalgruppens perspektiv

Personalgruppen vid LÄ hade under tiden för studien haft en låg omsättning. De som var med vid uppstarten hade antingen sökt sig till det nya boendet eller funnits med innan omorganisationen till att bli ett stödboende för målgruppen dubbeldiagnosticerade. De hade intresse och engagemang för målgruppen. De var även öppna för samarbetet med landstinget, öppna för varandras olika kompetens och villiga att lära av varandra.

Samtlig personal var även delaktig i att bygga upp verksamheten. LÄ var en ny boendeform och det fanns ingen modell att kopiera vilket bidrog till att all den samlade erfarenhet som fanns i personalgruppen var värdefull för verksamhetens utveckling. Föreståndaren ses här som en nyckelperson. Den första tiden präglades av mycket möten och kommunikation kring metoder och arbetsformer och en grund till hög delaktighet, öppen dialog och gemensam målsättning lades under den här tiden.

Nedan sammanfattas ett antal punkter, varav flera nämnts tidigare, som ses som bidragande faktorer till en fungerande samverkan både mellan landstinget och kommunen och inom behandlingsgruppen:

- Låg personalomsättning
- Icke-hierarkiska relationer
- Öppen kommunikation
- Hög delaktighet
- Mycket kunskap och erfarenhet kring dubbeldiagnoser
- Ingen är ensam expert på målgruppen dubbeldiagnosticerade
- Ny boendeform – nya möjligheter att pröva sig fram. Det fanns ingen färdig mall att kopiera.

6 Resultat delstudie 3 – närsamhällets perspektiv

I den tredje och avslutande delstudien sätts närsamhällets perspektiv på etableringen av stödboendet LÄ i fokus. Syftet är att belysa närsamhällets reaktioner och perspektiv på gruppen psykiskt sjuka missbrukare och etablering av boende av det här slaget. Innan LÄ startade fick kommunen motta stark kritik mot beslutet att etablera stödboende vid just den aktuella platsen. Flertalet kritiska insändare publicerades i lokaltidningen Östgöta Correspondenten, en mängd kritiska e-mail kom in till omsorgsförvaltningen och flera brev. Beslutet att starta LÄ överklagades även både i Länsrätten och Kammarrätten av en grupp privatpersoner bosatta i närområdet. Resultatet som presenteras och diskuteras i denna del av rapporten bygger på en sammanställning och analys över den sammantagna respons som närsamhället gav inför boendets uppstart i maj 2005. All inkommande och utgående korrespondens till och från kommunen rörande LÄ har diarieförts och delstudien grundar sig på det materialet samt en del kring rapporteringen i Östgöta Correspondenten och övrigt material som sparats hos omsorgsförvaltningen.

Materialet har bearbetats och analyserats på två olika sätt, dels kvantitativt – dvs. hur omfattande var den inkommande korrespondensansen rörande LÄ och dels kvalitativt – dvs. vad var de huvudsakliga argumenten i debatten och kritiken mot LÄ? Bearbetningen och analysen av materialet grundas i ett antal frågor som varit vägledande i att försöka förstå och beskriva de reaktioner som boendet vid LÄ fick:

- Hur spridd var kritiken i närsamhället – var det t.ex. många olika individer som hörde av sig till kommunen med kritik och frågor eller var det några få vid upprepade tillfällen?
- Var protesterna mer intensiva under vissa perioder och i så fall vad kan det ha berott på?
- Vad var de olika argument som lyftes i debatten?
- Vilka var de huvudsakliga punkterna av kritik och vad grundades allmänhetens protester i?

6.1 Kort beskrivning av närsamhället

LÄ är placerat i utkanten av Linköping i ett stadsdelsområde som består till övervägande del av småhus (74 %). Det närliggande mindre området är bebyggt till 95 % av småhus och det är mestadels medel- och höginkomsttagare som bor i dessa områden. Arbetslösheten är låg i områdena och majoriteten (54-56 %) har eftergymnasial utbildning. År 2000 var cirka 5 500 individer bosatta i de båda områdena. Antal bosatta barn i områdena är i ålder 1-5 cirka 400 och i ålder 6-12 cirka 400. I området finns det två kommunala grundskolor, förskoleklass till årskurs 6. Det finns ett ridhus och flera kommunala förskolor, en motionsslinga och en badplats bl.a. För övrigt är tillgången till grönområden stor i de båda områdena och naturen ligger ”runt knuten”.⁵⁰

6.2 Närsamhällets reaktioner – en översikt

Hur omfattande var kritiken och protesterna? Var alla som bodde i närområdet kritiska eller fanns det de som välkomnade boendet och dess målgrupp? Här beskrivs omfattningen av materialet rent kvantitativt, dvs. hur många e-mail som kommunen mottog, från hur många individer, hur många brev som kom in m.m.

6.2.1 Protestlistor

Kommunledningskontoret mottog protestlistor med sammanlagt 397⁵¹ namnunderskrifter i oktober 2004 strax innan omsorgsnämnden beslutade om stödboendet vid LÄ. Protestlistan hade skrivelsen:

Vi protesterar både mot nuvarande stödboendet på Landeryds ängar och framför allt mot planerna på att etablera ett stödboende för personer med dubbeldiagnos

⁵⁰ Information hämtad från Områdesbeskrivningar, Linköpings kommun se: www.linkoping.se/sv/Om-kommunen/Detta-ar-Linkoping/Linkoping-i-siffror/Omradesbeskrivningar/

⁵¹ Samma namn kan förekomma på olika listor, detta är väldigt svårt att se då handstilen inte går att utläsa i varje fall.

(psykiskt funktionshindrade i kombination med drogmissbruk). Vi anser att barnens säkerhet och trygghet i området ej kan garanteras med detta boende.

Det fanns alltså redan ett stödboende vid Landeryd innan 2005. Personalen pratade ofta om detta boende som det ”gamla Landeryd”. Det tidigare boende var ett stödboende för missbrukare men målgruppen var ganska blandad. Flera var aktiva i sitt missbruk och det fanns även de som hade psykiska funktionshinder i gruppen. Personalgruppen har beskrivit att det gamla boendet vid Landeryd fungerade dåligt. Det var ofta väldigt turbulent och det kom andra missbrukare dit för att besöka de boende, det som oftast brukar benämnas ”svansen” som följer missbrukare⁵². Protestlistorna riktades både mot det då befintliga boendet och både det planerade stödboendet som kom att bli LÄ.

6.2.2 Inkommande e-mail från allmänheten

Under framförallt hösten 2004 skickade allmänheten flera e-mail till olika instanser på Linköpings kommun. Brevens var i huvudsak kritiska mot LÄ och innehöll frågor kring planeringen och etableringen av LÄ. Den övervägande majoriteten av de som skrev till kommunen var vuxna boende i de två närliggande bostadsområdena med barn på den grundskola som ligger närmast LÄ.

Sammanlagt mottog kommunen **79** e-mail skickade av **16** olika personer under hösten 2004 och våren 2005. Av de 79 breven kom **42** stycken från samma person. Generellt är breven kortfattade och kritiska, en del består enbart av en fråga. Ett fåtal av e-mailen är formulerade som längre formellt formulerade protestbrev men generellt så är de formulerade i en mer typisk form för e-post. Se vidare sammanställningen nedan för en överblick av e-mailens spridning:

- Sammanlagt mottog kommunen 79 e-mail rörande LÄ mellan augusti 2004 och maj 2005

⁵² Schultz, L. & Klöfver, H. (2007)

- 34 av dessa kom in under oktober 2004, resterande breven var relativt jämnt fördelade över den aktuella tiden (augusti 2004 – maj 2005)
- 42 av breven var kom från samma e-postadress och skickades m a o från en enskild person
- En annan person skickade 11 av de inkommande breven
- De övriga breven kom från ytterligare 14 personer varav en skickade 5 stycken, en skickade 4, och en skickade 3 brev. Tre personer hade skickat 2 brev var, de resterande åtta personerna hade skickat 1 brev var.

6.2.3 Inkommande brev till kommunen från lokala föreningar och privatpersoner

Det kom även in ett flertal protestbrev rörande LÅ till kommunen via traditionell postgång. Sammanlagt har 5 stycken inkommande brev diarieförts hos kommunledningskontoret. Brev är generellt sett längre än e-mailed och har en mer formell form, dvs. de är samtliga formulerade som yttranden, överklagan, skrivelse m.m. Se sammanställning nedan. I fetstil står brevens rubrik, ingress, därefter anges brevens avsändare samt till vilka breven har adresserats.

1. **Ärende: Yttrande avseende planerna på vård av missbrukare med dubbeldiagnos vid Landeryds ängar.** Brev från en bostadsrättsförening i närområdet till Omsorgsnämnden (att. nämndens ordförande), omsorgschefen samt geografiska utskottet Landeryd. Diariefört 2004-10-18
2. **Styrelsen för bostadsrättsföreningen xx har i uppdrag av de boende i området att sammanställa detta brev.** Brev från ytterligare en bostadsrättsförening i närområdet till Sociala förvaltningen, Linköpings kommun. Diariefört 2004-10-27
3. **Skrivelse till samtliga ledamöter i omsorgsnämnden angående planerat stödboende på Landeryds Ängar, vilket behandlas på mötet 21/10-04.** Brev från en arbetsgrupp utsedd av föräldrådet vid en av grundskolorna i närområdet. Brevet skickades till samtliga ledamöter i omsorgsnämnden och till omsorgschefen, geografiska utskottet Landeryd, ordförande i Kommunstyrelsen samt ordförande i Linköpings

Brottsförebyggande råd (LiBrå), tjänsteman LiBrå, rektor vid skolområdet, enhetschef vid skolområdet, redaktionschef och ansvarig utgivare på Östgöta Correspondenten, Arbetsmiljöverket, Sociala enheten vid Länsstyrelsen, Riksbyggen samt Länspolismästaren. Diariefört 2004-10-18

4. **Överklagan av beslut om placering av stödboende på Landeryds ängar.** Brev från privatperson bosatt i närområdet. Skickat till omsorgsförvaltningen, Linköpings kommun. Diariefört 2004-11-01
5. **Angående planerat stödboende för personer med dubbeldiagnos i Landeryds ängar.** Brev från privatperson bosatt i närområdet. Skickat till ansvariga politiker och tjänstemän inom omsorgsnämnden och omsorgsförvaltningen. Diariefört 2005-01-20

6.2.4 Insändare till Östgöta Correspondenten samt inlägg i tidningens digitala debattforum

Flera privatpersoner valde att föra fram sin kritik mot LÄ via lokaltidningen Östgöta Correspondenten (hädanefter Corren). Dels publicerade Corren flera insändare under hösten 2004 och dels startade de ett debattforum via tidningens hemsida med frågan *Hur tycker du att informationen kring Landeryds ängar har fungerat?* Den så kallade ”tråden” öppnades den 27 oktober och stängdes efter det sista inlägget den 4 november. Då hade **103 inlägg** publicerats under 81 olika signaturer. Majoriteten av dessa inlägg var kritiska mot boendet och mot kommunens information och allmänhetens protester.

Mellan 31 augusti och 20 november 2004 publicerade Corren **24 stycken** insändare från allmänheten som på något sätt berörde LÄ⁵³. Sammanlagt var **19** av dessa kritiska mot boendet medan de övriga **5** var insändare som på olika sätt svarade mot kritiken. Två insändare var från politiker i kommunen varav den ena var skriven av omsorgsnämnden dåvarande ordförande som svar på en

⁵³ Det här var det antal insändare som en av tjänstemännen vid omsorgsförvaltningen klippt ut och sparat, det är möjligt att flera insändare publicerats.

insändare och den andra var en kritisk insändare från dåvarande ordförande för Landeryds geografiska utskott.

6.2.5 Överklagande hos Läns- och Kammarrätt

Omsorgsnämndens beslutade i oktober 2004 att starta ett boende med särskild service för personer med dubbeldiagnos vid Landeryds ängar. I november samma år överklagades beslutet av sammanlagt 118 kommunmedlemmar först i Länsrätten sedan i Kammarrätten.

Varje kommunmedlem har rätt att överklaga ett nämndbeslut hos Länsrätten. Överklagan kan endast omfatta ett besluts laglighet – vilket rent konkret innebär:

- att överklagan kan göras mot att ett beslut har fattats på ett fel sätt – dvs. förfarandet vid beslut var fel
- beslutet inte var en kommunal angelägenhet – kommunen har överskridit sina befogenheter
- nämnden har överskridit sina befogenheter – fel nämnd har fattat beslutet
- att beslutet strider mot lag.

Överklagan grundades på att omsorgsnämnden beslut stred mot lag i flera fall. Man menade i överklagan att hänsyn inte tagits till en rad bestämmelser som FN:s barnkonvention, socialtjänstlagen, arbetsmiljölagen samt Linköpings kommuns Trygghetsplan. De klagande menade även att beslutet grundades på bristande beredning.

Länsrätten beslutade i december 2004 att avslå överklagan och gav följande bedömning:

Klagandenas invändningar att de överklagade besluten strider mot FN:s Barnkonvention, socialtjänstlagen, arbetsmiljölagen, Linköpings kommuns Trygghetsplan samt om bristande beredning är inte av beskaffenhet att medföra att omsorgsnämndens beslut är olagliga. Inte heller i övrigt har förebringats omständigheter som innebär att de överklagade besluten skall anses olagliga i

*något hänseende som anges i 10 kap. 8 § KL. Det saknas därmed skäl att upphäva beslutet.*⁵⁴

De klagande gick vidare och överklagade Länsrättens dom i kammarrätten. Kammarrätten beslutade att följa Länsrättens och överklagan avslogs även där.

6.3 Kritikens innehåll – olika argument och teman

Hur såg kritiken och protesterna från närsamhället ut? Vad var det man protesterade mot? Varför fanns det så starka reaktioner i närsamhället mot etableringen av LÄ? Det här stycket fokuserar på innehållet i kritiken som riktades mot kommunens beslut att starta stödboendet vid LÄ.

I princip all kritik och alla protester som Linköpings kommun fick ta emot rörande LÄ grundades i boendets placering. Kritiken handlade om att boendet skulle komma att ligga alldeles för nära en skola. Stödboendet LÄ ligger något avskilt i utkanten av ett stadsdelsområde. I boendets absoluta närhet finns inga andra byggnader eller verksamheter. Den ena sidan av byggnaderna vid LÄ vetter mot öppen natur, den andra sidan vetter mot en gles skogsdunge och på andra sidan av denna dunge finns bl.a. ridhus och ett bostadsområde med en grundskola. Ett par hundra meter från LÄ ligger ett äldreboende. Skolan ligger cirka 400 meter från LÄ.

Det huvudsakliga argumentet utgick alltså ifrån barnen och barnens säkerhet. Den övervägande majoriteten av de klagande var föräldrar till barn vid den aktuella skolan. Med barnen som utgångspunkt fördes sedan flera olika argument fram i kritiken och debatten kring LÄ.

6.3.1 Barnens säkerhet kan inte garanteras

Den utan undantag kraftigaste kritiken mot placeringen av LÄ var att boendet skulle komma att ligga nära en skola. Flera insändare i Corren och merparten av

⁵⁴ Länsrätten i Östergötlands län Rotel 5 Dom 2004-12-20 Dok.Id 550227 Laglighetsprövning enligt kommunallagen (1991:900), KL.

de brev som kom in till kommunen berörde just barnen. De som i olika former hörde av sig till kommunen uttrycker även en stor besvikelse och förvåning över att man kan ta ett sådant beslut att placera ett stödboende för personer med dubbeldiagnos så nära en skola.

Tar man i beaktande att det finns över 400 barn (under 13 år) i och runt skolan som på ett säkert sätt skall kunna ta sig till och från skolan? Stämmer det att det inte rör sig om inlåsning och tvångsmedicinering?

Utdrag från e-mail till omsorgsnämnden, 30 augusti 2004

Vill också ha svar på hur ni kan ens tänka tanken att placera personer som på försök är utskrivna från rättspsykiatri så nära alla dessa barn!!

Utdrag från e-mail till politiker och tjänstemän på omsorgsnämnden och omsorgsförvaltningen, 20 oktober 2004

Jag heter x x och är en av många oroliga föräldrar som med förfäran har följt utvecklingen av det öppna boendet för psyksjuka missbrukare vid x-skolan. Detta medför att våra barn dagligen måste konfronteras med psyksjuka missbrukare vilket jag tycker är oacceptabelt...

Utdrag från e-mail till säkerhetsgruppens brevlåda, politiker omsorgsnämnden, tjänstemän omsorgsförvaltningen, utbildningschef utbildningsförvaltningen, rektor X-skolan, Barnombudsmannen, 12 februari 2005

Är det rimligt att så många barn ska behöva leva med den otryggheten dag efter dag under sin uppväxt/skoltid? Ytterligare en fråga är vems ansvaret är om det inträffar något?

Utdrag från e-mail till ordförande i omsorgsnämnden, 30 augusti 2004

Redan idag har det hänt, för barnen skrämmande incidenter, då boende på inrättningen eller besökare till dem väntat på barnen. För en man som onanerar är tydligen inget som vare sig kommunen eller polisen bryr sig om! Varför kan man aldrig i Sverige ta hänsyn till barnen?

Signatur Pappa, Insändare till Corren 29 oktober 2004

Man slår sig för bröstet med att man blir först i Sverige med denna typ av boende. Men då saknar man väl också erfarenhet? Varför planera detta boende i Hjulsbro ett stenkast från en låg- och mellanstadieskola med 6-års, dagis och flera fritidshem? Det är fler än 400 barn som rör sig till, från och runt skolan. Är det bara en lämplig lokal som avgör? ...boenden av den här sorten ska placeras mer avskilt.

Signatur En av många irriterade, Insändare till Corren 31 augusti 2004

Är det rimligt att utsätta barn för detta försök? Jag skulle verkligen inte klaga om det var betydligt fler vuxna i området, men här talar vi om ca 95 % barn kontra en försöksverksamhet med psykiskt sjuka missbrukare i ett litet bostadsområde! Helt oförklarligt!

Utdrag från e-mail till barnombudsmannen samt politiker i omsorgsnämnden, 22 februari 2005

Oron för vad som kan hända barnen är det som genomsyrar allmänhetens reaktioner och protester mot boendet. De flesta som hörde av sig till kommunen var redan bekymrade över det boende som fanns vid LÄ, det s.k. gamla Landerydsboendet. Det fanns en erfarenhet i närsamhället av stödboende för missbrukare som verkar ha påverkat de reaktioner som kom upp. Vid det gamla Landerydsboendet var det ofta stökigt beskriver de intervjuade. De som bodde där innan omstruktureringen var aktiva i sitt missbruk vilket även ledde till att boendet besöktes av andra missbrukare, vänner till de boende. I flera av allmänhetens insändare till Corren och i de inskickade e-mailen framkommer det att personer i bostadsområdet har negativa erfarenheter av det gamla boendet vid Landeryd. Närpolisen har dessutom muntligt bekräftat att de ofta besökte Landeryd under den här tiden. Dels ringde personalen efter polisen vid behov och dels åkte de dit som rutin. Polisen berättar även under telefonkontakt att under den här tiden fick de in många anmälningar från närområdet runt LÄ om inbrott i förråd och dyl. En del av den oro som kom till uttryck i närsamhället kan ses grundas i de negativa erfarenheter som fanns av det gamla Landerydsboendet. I reaktionerna uttrycks även en rädsla för att det nya boendet med psykiskt sjuka missbrukare kommer att bli ”ännu värre” än det gamla.

6.3.2 Vem bär ansvaret om något händer?

En av de vanligaste frågor som ställs i de inkomna e-mailen och det övriga materialet kring närsamhällets reaktioner är frågan om ansvar. Flera vill veta vem som bär ansvaret om något händer i närområdet. Framförallt undrar man vem som bär ansvaret för barnens säkerhet. Föräldrar till barn på den närliggande skolan menar att de själva inte kan ansvara för deras barns säkerhet den tid de är på skolan. I samband med frågan om ansvar efterfrågar även många garantier från politiker och tjänstemän vid kommunen om att de boende vid LÄ inte kommer att utsätta barn och andra kringboende för fara.

Vem är ytterst ansvarig om det händer barnen eller personalen något? Känner kommunen något moraliskt ansvar för X-barnens psykiska och fysiska trygghet?

Utdrag från e-mail till politiker i omsorgsnämnden, tjänstemän på omsorgsförvaltningen, säkerhetsgruppens brevlåda och barnombudsmannen, 9 februari 2005

I samma e-mail riktas även kritik mot att det inte går att garantera att de boende medicinerar regelbundet. Personen som skrev detta mail var vid denna tid förälder till två barn som gick på den närliggande skolan och efter ett av de informationsmöten som hölls om LÄ skriver han:

Kan man lämna garantier för att de boende på LÄ tar sina mediciner? Svaret på den frågan blev, efter ett tag (!), NEJ. Om inte, kan man i så fall garantera att inget händer? Svaret på den frågan blev också NEJ.

Utdrag från e-mail till politiker i omsorgsnämnden, tjänstemän på omsorgsförvaltningen, säkerhetsgruppens brevlåda och barnombudsmannen, 9 februari 2005

Det förekom även många frågor kring specifika ansvarsområden:

Vilken del i det hela ansvarar Omsorgsnämndens politiker för, förutom ansvaret bakom själva besluten? T.ex. vem ansvarar för trygghetsfrämjande åtgärder i kommunen? Vem ansvarar för att beslut som fattas i kommunen är ordentligt grundade och utredda? Vem ansvarar ytterst enligt arbetsmiljölagen, ovanför

lärare och rektor, för arbetsmiljön (även den psykosociala) i skolan? Vem ansvarar för att droger inte planerat skall förekomma bland minderåriga barn?...

Utdrag från e-mail skickat till kommunstyrelsen, ordförande i omsorgsnämnden
samt Barnombudsmannen, 31 mars 2005

Ok, X X, då vill jag ha namn på ansvarig hos respektive utöfraren, sociala förvaltningen samt beroendekliniken i detta ämne så att de kan intyga vilka kriterier som gäller och kommer att gälla i boendet som ni beslutat om. Kriterierna låter om möjligt bra och rimliga, men jag vill ha bekräftelse från ansvariga att det är det som gäller.

Utdrag från e-mail skickat till ordförande omsorgsnämnden, kommunstyrelsen,
läkare beroendekliniken samt LÄ, 28 april 2005

En fråga som aldrig kom med på mötet i måndags är vilken instans som har tillsynsplikt gentemot boendet och om det kommer att ske regelbundet eller ej. Är det Sociala förvaltningen, Länsstyrelsen eller annan? Tack på förhand Ha en bra dag! X X

E-mail skickat till ansvarig läkare LÄ, 27 april 2005

Den 19 oktober 2004 mördades två personer på Kanberget i Linköping. De mördade var en 56-årig kvinna och en 8-årig pojke och dådet skedde tidigt på morgonen⁵⁵. Morden är i skrivande stund fortfarande ouppklarade. Ganska omfattande fanns det teorier om att gärningsmannen hade någon form av psykiskt funktionshinder⁵⁶. Dagarna efter morden kom det in flera oroliga e-mail till Linköpings kommun:

Vem av er i beslutsställning kan garantera att inte något liknande skulle kunna hända i närmiljön vid Landeryds ängar, dvs. kring skolan och kringliggande vägar och strövområden där barnen vistas? Vem kan fatta ett beslut om att lägga ett sådan boende nära en skola, och ändå leva med gott samvete? Det måste väl

⁵⁵ 100 poliser jagar mördaren. *Östgöta Correspondenten* 2004-10-20

⁵⁶ Se t.ex. Socialministern vill ha mer tvång i psykvården *Östgöta Correspondenten* 2004-10-21 och Mördarprofil kan vara på väg. *Östgöta Correspondenten* 2004-10-22

finnas en påtaglig rädsla bland er för att något liknande kan hända igen? Vem känner att han eller hon kan bära det ansvaret?

Utdrag från e-mail till tjänstemän vid omsorgsförvaltningen, ordförande och politiker i omsorgsnämnden, 21 oktober 2004

Den närliggande skolan kom att bli en del av debatten kring LÄ. Frågor liknande de som ställs i citatet nedan var inte helt ovanliga i allmänhetens frågor till kommunen. Det handlade om vem som skulle ansvara för barnens väg från och till skolan, hur barnens säkerhet kunde säkras på ett bättre sätt när de var ute på skolgården.

Vem har ansvar över tryggheten när det gäller skolväg till och från skolan? Ni har svarat "När det gäller ansvaret för barnens säkerhet är det alltid vårdnadshavaren som är ytterst ansvarig för sina barn." Kan väl rimligtvis inte gälla skoltiden? Rent praktiskt undrar jag hur ni tänkt att detta skall lösas? Innebär det att vi samtliga föräldrar borde säga upp oss och istället delta i skolan, byta skola eller rent av flytta på grund av att Linköpings egen trygghetsplan inte gäller lokalt i X? Enligt arbetsmiljölagen är kommunens politiker ytterst ansvariga för arbetsmiljön i skolan, vilket måste innefatta skolgård och skolväg. Vi är faktiskt lagenligt skyldiga att lämna våra barn i skolan annars hämtas de av polis.

Utdrag från e-mail skickat till kommunstyrelsen, ordförande i omsorgsnämnden samt Barnombudsmannen, 31 mars 2005

En ”het” fråga blev om skolan skulle tvingas till att låsa sina dörrar medan de boende vid LÄ skulle kunna gå fritt. Flera upprörda föräldrar undrade varför barnens frihet skulle begränsas medan de som egentligen borde låsas in (de psykiskt sjuka missbrukarna) skulle släppas helt fria.

Släpp fångarna loss och lås in 400 barn, det är vad omsorgsnämndens politiker och tjänstemän tycker! Allt för att de får fina bidrag från staten om de skapar boenden för behovande. Ge dem vård istället! Jag tror verkligen att de hellre blir friska än utsätts för kvalificerade försöksboenden.

Signatur Trygghet åt barnen, utdrag från insändare till Corren 29 oktober 2004

6.3.3 Omvärlds- och konsekvensanalyser efterfrågas

Många som hörde av sig till kommunen efterfrågade konsekvensanalyser. Dvs. man undrade om kommunen hade beaktat olika former av säkerhetsaspekter i sina planer för LÄ. Huvuddelen av dessa frågor handlade återigen om barnen. Särskilda barnkonsekvensanalyser genomförda efter principer i FN:s barnkonvention efterfrågades.

Har det gjorts någon riskanalys av att placera ett vårdhem eller boende för missbrukare i lokalerna Landeryds Ängar? Vem har i så fall gjort den och är en sådan handling, som borde vara ytterst vital i en utredning om var man ska placera ett vårdhem för psykiskt sjuka handikappade missbrukare, publik och ur får man tag på den? Jag förstår att ett sådant här boende, liksom alla boenden, ej garanterar säkerheten men någon riskbedömning för denna speciella grupp av människor borde väl vara av intresse för alla? Om en sådan riskanalys är utförd på rätt sätt så borde ni visa upp den, åtminstone jag skulle då lita på att beslutet är fattat på väl genomarbetade grunder (åtminstone ur riskhänseende) och jag tror att det skulle kunna lugna ner stämningen något.

Utdrag ur e-mail skickat till politiker och tjänstemän på omsorgsnämnden och omsorgsförvaltningen, 13 oktober 2004

"Missbrukare skall kunna välja i vilket område de vill bo i" yttrades i Kommunfullmäktige. Ja, men man kan väl inte strunta blankt i hur området ser ut och bara ta första bästa lediga lokal? Var är utredningen om kringmiljön, barnen och Barnkonsekvensanalysen? Finns dess utredningar över huvudtaget? Varför får vi inte se dem? Barnkonventionen är folkrättsligt bindande vilket innebär att alla är skyldiga att så långt det går, följa den. Gäller inte det politiker? Vem gäller det i så fall? har B.O gett er dispens?

Utdrag ur e-mail skickat till ordförande i omsorgsnämnden, 18 januari 2005

Anser kommunfullmäktige att det i de beslut som fattas i kommunen, som rör så många som 400 minderåriga barn, är tillåtet att låta bli att göra barnkonsekvensanalys? Bör omvärldsanalys göras när försöksverksamhet planeras i en kommun?

Utdrag ur e-mail till kommunstyrelsens och kommunledningskontorets brevlåda, 28 februari 2005

*Var anser ni att gränsen går för vad vi skall tåla? Efter alla inbrott, stölder och skadegörelse vi haft härute, ska vi nu dessutom tåla att våra barn hamnar i rent ut sagt farliga situationer. Planerat av er. Varför följer ni inte den lokalt anpassade Barnkonventionen som säger att ni ska göra en barnkonsekvensanalys?... jag anser fortfarande att boendet på Landeryds Ängar placerats enbart utifrån för er lediga lokaler och att ingen som helst utredning gjorts av hur kringområdet kommer att påverkas. Motbevisa! Vad är din åsikt? **Hur har påverkan på barnen beaktats? Både psykosocialt och rent fysiskt? Genom att skolan skall låsa dörrarna?** Jag skulle verkligen uppskatta svar på mina frågor med utveckling för att om möjligt förstå mig på ert resonemang, därmed inte sagt att jag kommer att anamma dem. Ha en bra dag! XX*

Utdrag ur e-mail till ordförande i omsorgsnämnden, 15 januari 2005

Omvärldsanalys: varför anser alla andra entreprenörer, bolag, beslutsfattare, dignitärer i kommunen att omvärldsanalyser skall göras när de fattar beslut, men de folkvalda politikerna anser sig kunna agera efter egna upprättade kriterier?

Utdrag från e-mail skickat till kommunstyrelsen, ordförande i omsorgsnämnden samt Barnombudsmannen, 31 mars 2005

Flera undrade om omsorgsnämndens beslut att starta stödboendet vid LÄ var brott mot lagen. Det förekom frågor som rörde olika former av tillstånd, bl.a. tillstånd från Länsstyrelsen. Som framgår av citaten ovan så var det flera som menade att omsorgsnämnden bröt mot bestämmelser om inte omvärlds- och barnkonsekvensanalyser genomfördes.

På en direkt fråga ställd till kommunen kring vilka lagar och förordningar som gäller för etablering av liknande stödboenden ges svaret:

”Upphandling av verksamheten vid Landeryds Ängar utgår från de lagar och förordningar som ska gälla för boendet.”

Utdrag ur brev skickat från kommunledningskontoret till en privatperson boende i närområdet vid LÄ, 2005-03-30

Detta svar kommenteras vidare i ett e-mail från brevets mottagare vilken åberopar andra förordningar och kommunens trygghetsplan bl.a.:

Självklart, med undantag för tillstånd från Länsstyrelsen, plan- och bygglagen, detaljplan m.m. Vad som gäller i lagar, konventioner och egen framarbetad trygghetsplan för kringområdet har man dessutom missat helt. Omsorg handlar inte enbart om omsorg inom väggarna och de som finns där.

Utdrag från e-mail till kommunstyrelsen, ordförande omsorgsnämnden och
Barnombudsmannen, 2005-03-31

6.3.4 Missbruk, tvångsmedicinering och inlåsning

En oro som fanns i närsamhället som kom till uttryck i flera e-mail och brev till kommunen var frågor kring de boendes frihet att röra sig, krav på drogfrihet och krav på att ta mediciner. Oron som fanns verkar till stor del handla om formen för boendet, dvs. att det inte skulle röra sig om tvångsvård. Många var bekymrade och rädda för att öppenvårdsformen skulle leda till mindre kontroll över de boende. Det fanns oro för att droger skulle förekomma runt LÄ och att de boendes beteende skulle vara svårt att förutse, framförallt om de inte tagit sina mediciner.

Den information vi fått är att de personer med dubbla diagnoser som troligen kommer att flytta in under april månad nästa år ej kommer att tvångsmedicineras och att de får röra sig fritt i området. Vi är många som vet hur personer med t.ex. schizofreni som ej sköter sin medicinering kan må. Till det kommer ett missbruk! Tanken på vad som kan inträffa är minst sagt otäck. Dessa människor har naturligtvis rätt till ett väl fungerande boende, det är jag den första att hävda. Dock ej i närheten av skola, dagis och fritidshem!!!! Snälla tänk om !!!! hälsningar XX

Utdrag från e-mail skickat till ordförande i omsorgsnämnden, 31 augusti 2004

Vi har om och om igen fått höra att ingen av de som skall placeras där är drogfri, inget krav kommer att finnas på att uppnå drogfrihet och det är bara inom boendet som det är önskvärt att det är drogfritt. Det vill säga, utanför huset är det fritt fram för vilken drog som helst, och det med politikernas goda vilja. Känns nästan olagligt! Dessutom har man flera gånger bekräftat att medicineringen inte kommer att kunna kontrolleras 100 % -igt. Lägg därtill det som politikerna kallar "lågbeväpning och hjärnskador", men som vi kallar psykisk sjukdom.

Utdrag från e-mail skickat till Barnombudsmannen, centrumchef Rättspsykiatriska kliniken, ordförande och politiker i omsorgsnämnden samt tjänsteman på omsorgsförvaltningen, 22 februari 2005

Jag vet inte hur mycket du vet om boendet men jag kan nämna kort för dig att droger inte är tillåtna i själva boendet men utanför, dvs. i barnens närmiljö! Min tolkning av detta är att omsorgsnämnden anser det vara fullt naturligt att barn skall vistas i en miljö där risken att stötta på droger är mycket stor. Medicineringen kommer att vara frivillig och därmed kan barnens säkerhet ej garanteras vilket också har medgivits av ansvariga politiker och tjänstemän. Hur är detta förenligt med barnkonventionen?

Utdrag från e-mail skickat till tjänsteman vid Linköpings kommun, 24 februari 2004

Kritiken mot att det inte skulle röras om slutet tvångsvård vid LÄ kom även till uttryck i insändare till Corren och återigen är det barnens säkerhet som är grunden till oron och kritiken. De som ställde sig kritiska till etableringen av stödboendet ville inte att deras barn skulle behöva möta boende från LÄ.

Det spelar ingen roll om det är 20 missbrukare med "svans" eller 13 grova missbrukare med tung psykisk sjukdom som bor där. De skall inte låsas in, inte tvångsmedicineras, kommer tillåtas ta droger "för det är inget som man bara avbryter" och framförallt få röra sig helt fritt. Jag undrar bara skulle ni vilja ha dessa psykfall "leka" bland era barnbarn?Landeryds ängar däremot kan göras om till äldreboende med sina fina omgivning. Och dessa boende skulle jag till och med önska att mina barn fick en relation till.

Signatur: Lyssna och ta in, utdrag från insändare i Corren, 14 september 2004

6.4 "Inget ont om de boende" – kritiken riktades i huvudsak mot politiker

Kritiken i närsamhället var med få undantag direkt riktad mot personer med dubbel diagnos. Istället var det framförallt politiker i omsorgsnämnden som fick ta emot kritiken från allmänheten. Över hälften av de e-mail (47 av 79) som skickades till kommunen var adresserat till den dåvarande omsorgsnämndens

ordförande. Många uttrycker en stark besvikelse mot politikerna i omsorgsnämnden som tagit beslut om LÄ.

Vissa verkar tro att de som engagerat sig mot detta boende är hjärtlösa och saknar empati för de svaga i samhället. Inget kunde väl vara mer fel. Det är inte de boende som individer man riktar sin kritik emot, inte heller boendet som sådant utan PLACERINGEN av detta. Om kritiken ska uppfattas som personlig är det i sådana fall ansvariga politiker som ska känna sig träffade. De verkar ha missuppfattat sitt politiska uppdrag – att representera folket i en demokrati.

Signatur Besviken väljare, utdrag från inlägg i Correns debattforum, 2 november
2004

Det är definitivt inte missbrukare som skall ta skiten i den här debatten. Håll dem utanför! Det är de som tror att de kan hantera riktlinjer, planering, beslut och pengar som sabbar hela det här upplägget. Har de verkligen fattat sin uppgift? Att skriva ut någon från psyk och få den personen integrerad måste väl börja med att hitta lämpligt boende, inte bara ledig lokal. Att hitta ett ställe som inte redan är förbrukat i människors tilltro till missbrukare och där den personen inte blir hackkyckling innan han är på plats. Ett ställe där personen kan känna att han är i trygga händer och i en trygg miljö och med AK>Ti>VT stöd kan ta sitt tillfrisknande på fullt allvar. Att tillåtas fortsatt missbruk i "glada vänners lag", slippa ta sin medicin om man känner för det, kallas inte för vård. Jag som kämpar emot denna placering är inte missbrukar-hatare, jag ogillar däremot politiker starkt numera!

Signatur: Inget ont om missbrukare, inlägg i Correns debattforum, 30 oktober
2004

Debatten på Correns hemsida startade med frågan "Hur tycker du att informationen kring Landeryds ängar har fungerat?" och en stor del av inläggen diskuterar även hur informationen har spridits men en stor del av inläggen kom att handla om besvikelse mot politiker.

Även insändare i Corren gav uttryck för ett politikerförakt:

Att dessa nu arma människor med sjukdomstillstånd som kräver vård och omsorg ska få en bostad är helt klart. Det är inte det som jag ser som problemet. Nej men varför vara så bestämda med att de just ska placeras i eller intill ett

bostadsområde för oss så att säga skötsamma medborgare. Och att en av kommunens representanter försvarar sig med citat: "Det blev sådant liv i X att vi var tvungna att lägga ned förslaget, och nu orkar vi inte mer utan till Landeryd måste vi rösta ja." Politikerföraktet får vid ett sådant uttalande ytterligare påspädning.

Insändare till Corren 29 oktober 2004

Till stor del uttrycktes en besvikelse över att politiker inte lyssnade på allmänheten. Många ställde sig kritiska till att omsorgsnämnden beslutade att etablera boendet trots de omfattande protesterna från närsamhället. LÄ. Besvikelsen som kom till uttryck efter omsorgsnämndens beslut i oktober år 2004 var stark och i vissa fall kan e-mailen som kom in till kommunen även uppfattas som hotfulla.

Som jag förstår så kör ni på som om besluten är fattade och vi kör på som om de inte är det och går nu vidare med alla 118 överklagningar och ett antal inhibitioner. Oavsett om de avslås eller ej, så stoppar det aldrig vad vi tycker i ärendet. Det finns andra vägar att gå och även vi har kontakter som kan nyttjas.

Utdrag från e-mail skickat till ordförande i omsorgsnämnden, 18 januari 2005

Har du nu fått svar eller har du också blivit tystad i ärendet Landeryds Ångar? Fullt medveten om att det är så det går till, vi har också kontakter.

Utdrag ur e-mail skickat till tjänsteman vid Linköpings kommun, 2 februari 2005

Jag ser att inte att ni har stöd någonstans för ert tänk när ni integrerar fler och fler psyksjuka i samhället. Jag hoppas, när det händer, att det inte drabbar oss vanliga dödliga utan att ni också märker av era besparingsåtgärder när dessa personer får sina psykos mitt ute bland folk. Tro inte att tusentals i X/X ligger på latsidan. Aktiviteter är på full gång och vi har inte gett upp trots att Corren skriver så mycket fel i ärendet. Vi lär återkomma. Ha en bra dag! X X

Utdrag från e-mail skickat till ordförande i omsorgsnämnden, 12 januari 2005

Kritiken som riktades mot politikerna handlade även om att besluten inte var tillräckligt underbyggda. Flera menade i sin kritik att politikerna spelade ett högt

spel med människors säkerhet genom att öppna vad som uppfattades som försöksverksamhet. Många i närsamhället var oroliga för att det fanns så lite erfarenhet i kommunen att driva ett boende som LÄ. Man menade i sin kritik att boendeformen var oprövad, man ansåg att de boende skulle behöva mera vård (gärna tvåångsvård) och framförallt behandling för sitt missbruk. I denna kritik fanns även synpunkterna som rörde omvärlds- och barnkonsekvensanalys. Återigen betonade de som ställde sig kritiska att det inte handlade om de som skulle komma att bo vid LÄ utan att det handlade om boendets placering. Politiker och tjänstemännen som planerade för boendet fick även flera förslag till andra placeringar. Någon föreslog att boendet skulle placeras i ett område med färre barnfamiljer – kanske i ett område där merparten av de boende var i övre medelåldern. Någon föreslog att boendet skulle placeras i ett industriområde, Tinneröområdet eller någon tom åker, är andra förslag som kommer fram från närsamhället.

6.5 Projektgrupp, informationsmöten och referensgrupp

Linköpings kommun anordnade informationsmöten för boende i närområdet för att informera om det planerade boendet och dess målgrupp. Det första mötet hölls i september år 2004 och efterhand såg kommunen behovet av att bilda en referensgrupp bestående av representanter från bl.a. föräldrarrådet vid den närliggande grundskolan, rektor vid skolan, närpolisen, geografiska utskottet, kommunledningskontoret, boendet vid LÄ och beroendekliniken. I referensgruppen hanterades flera av de frågor, tankar och även oro som fanns kring det kommande boendet.

I närsamhället formades även en arbetsgrupp med föräldrar som kom att kalla sig "Projektgruppen för en sund och trygg uppväxtmiljö." Gruppen bestod av cirka 4-5 föräldrar som var starkt kritiska till kommunens planer för LÄ. De föräldrar som ingick i gruppen var även några av de som skickades flest e-mail och frågor till kommunens politiker och tjänstemän. Det var denna projektgrupp som även samlade in större delen av namnen till protestlistorna. Majoriteten av de e-mail som skickades till kommunen innan LÄ:s uppstart innehöll kritik och protester mot det kommande boendet. Men många e-mail innehöll även direkta

frågor om att få tillgång till dokument som protokoll, underlag m.m. Projektgruppen var dessutom drivande i den rättsliga överklagan som lämnades in till Länsrätt och Kammarrätt. Flera e-mail som kom in till framförallt tjänstemän på kommunen handlade om frågor kring förfarandet kring allmänhetens rätt att överklaga beslut.

6.6 Sammanfattning och slutsatser – delstudie 3 närsamhällets perspektiv

Protesterna och kritiken mot LÄ var under en period hösten år 2004 och våren år 2005 vad som kan ses intensiv. Som framkommit så fick politiker och tjänstemän i Linköpings kommun ta emot många frågor och kritiska synpunkter. En del av kritiken var även personlig och ifrågasatte politikernas omdömen. Vad handlade kritiken om och vad var grunden till att just etableringen av LÄ fick ta emot så mycket protester? Ja, det första svaret på dessa frågor är att kritiken handlade om barnens säkerhet. Nästan alla inlägg i debatten kring LÄ berörde i någon form den närliggande skolan och barnens säkerhet. De flesta menade att barnen inte skulle behöva utsättas för psykiskt sjuka missbrukare. Flera hävdade att barnen ska ha rätt till en trygg och säker uppväxt vilket man tyckte att kommunens politiker berövade barnen i området genom att placera ett stödboende så nära skolan.

En annan del av kritiken kan ses vara grundad i psykiatrins organisering. Det förekom och förekommer periodvis samhällsdebatter kring psykiatrin. Vid ett flertal tillfällen har denna debatt haft som tema att psykiskt sjuka får för lite vård, att de släpps ut för tidigt och integreras i samhället istället för vårdas. Rapporter i media om att personer inte får vård i tid, inte tillräcklig vård eller skickas hem är sådan som förekommer.⁵⁷ Under tiden innan och runt planeringen av LÄ hade det även förekommit flera allvarliga våldsbrott där förövaren varit psykiskt sjuk varav mordet på Anna Lindh och en fem-årig

⁵⁷ Se bl.a Löfgren, E. (2011) Lång väntan på vård mot ångest. *DN* 2011-09-29 och Löfgren, E. (2011). Efter tre självmordsförsök fick Max riktig hjälp. *DN* 2011-09-29

flicka i september år 2003 är två exempel.⁵⁸ De två ouppklarade morderna på Åsgatan i Linköping i oktober år 2004 är ytterligare ett exempel. Våldsbrott som dessa skakar både om ett samhälle och kan ge näring åt en oro för att liknande saker kan hända igen. Debatten kring psykiatrin var levande under den tid som boendet planerades. De nämnda våldsbrotten och debatten kring dessa ser vi kan vara en bidragande orsak till den omfattande kritik som väcktes i närsamhället kring LÄ.

Ytterligare en aspekt av kritiken verkar ha grundats i ett ifrågasättande av politikernas arbete. Som redan beskrivits fanns det en besvikelse hos många i närområdet som utgick ifrån tanken om den folkvalda politikern. Många uppfattade att deras röster och protester ignorerades. De uttryckte en uppgivenhet i att allmänhetens protester inte hade någon effekt. De menade att de tystades ner av politiker och tjänstemän och att demokratin inte fungerade. En annan del av kritiken mot politikerna handlade om att de tog dåligt underbyggda beslut, att det saknades ordentliga konsekvensanalyser och att boendet var ett riskfyllt och dyrt försöksprojekt.

⁵⁸ von Essen, E. (2004) "Inget kan ju bli som vanligt igen" *Aftonbladet* 2004-09-10

7 Avslutande diskussion

Syftet med denna studie har varit att följa, beskriva och analysera utvecklingen av en verksamhet som startats och drivs i samverkan mellan Östergötlands läns landsting och Linköpings kommun. Målgruppen för boendet är individer med psykiskt funktionshinder och ett samtidigt missbruk – så kallade dubbeldiagnostiserade. Studien har utgjorts av tre delar varav de två första är mer omfattande. Den första delen, brukarnas perspektiv, har haft som syfte att beskriva brukarnas vardag och följa deras utveckling. Den andra delen har haft som syfte att beskriva verksamheten ur personalens perspektiv. I det senare finns det även ett specifikt fokus på hur samverkan mellan kommunen och landstinget har fungerat och sett ut i praktiken.

Den tredje och även minsta delen av studien har belyst närsamhällets perspektiv på det nya boendet. Jag har valt att inte genomföra någon uppföljning av närsamhällets syn på boendet vid LÄ. I den här rapporten så beskrivs därför enbart de reaktioner och perspektiv som fanns innan boendets uppstart våren 2005.

Människor med både missbruk och psykisk sjukdom är dubbelt utsatta och de har varit och är en svårbehandlad grupp. Det finns flera orsaker till detta varav de kanske två främsta är dels att de inte är en homogen grupp och dels att deras problematik kräver en mängd insatser från flera huvudmän. Individer med både missbruksproblematik och psykisk sjukdom kan ha väldigt olika förutsättningar beroende på både missbruket och vilken form av sjukdom individen har. En person med diagnosen borderline som missbrukar amfetamin har en annan problembild än en person med schizofreni och alkohol och pillermissbruk till exempel. Den grupp (tjänstemän tillsammans med blivande läkare, föreståndare och sjuksköterska) som planerade boendet LÄ hade erfarenhet av dessa olikheter vilket ledde till beslutet att vara noga med hur målgruppen för boendet skulle utformas. Man ville att boendegruppen skulle fungera bra tillsammans så att konflikter och problem som kan uppstå i en grupp inte skulle prägla hela verksamheten. Tanken var att boendegruppens dynamik så lite som möjligt skulle inverka negativt och fungerande hindrande för brukarnas utveckling.

Valet att ha en relativt homogen boendegrupp vid LÄ ses som en av flera faktorer som bidragit till en fungerande verksamhetsmodell.

Men den kanske framförallt mest avgörande faktorn är att det var en ny boendeform som kommunen och landstinget byggde upp. Vilket möjliggjorde att man kunde hitta nya vägar och former för verksamheten. Det fanns inga andra liknande enheter i kommunen och det fanns inte heller någon färdig mall för hur verksamheten skulle utformas. Personalen som skulle komma att arbeta vid LÄ var engagerad och till hög grad delaktiga i att forma strukturen och hitta ett fungerande arbetssätt. Genom hög delaktighet skapades även handlingsutrymme och frihet för personalen. De hade möjlighet att hitta rutiner och former för sitt arbete som fungerade. Arbetssättet och rutinerna har även utvecklats och förändrats över tid och då boendegruppens behov har förändrats.

Det fanns inledningsvis frågor kring hur samverkan mellan kommun och landsting skulle fungera. Landstinget och kommunen har olika målgrupper, skilda arbetssätt och skilda organisationskulturer, vid LÄ skulle personal från två skilda organisationer samverka. Det visade sig fungera bra. Till stor del för att personalen, både kommunanställd och landstingsanställd, hade ett gemensamt mål – att på bästa sätt stödja brukarnas utveckling. Boendegruppens mående stod i centrum vilket verkar ha bidragit till att de eventuella organisatoriska hindren för samverkan mellan kommun och landsting inte fick så stort utrymme. De olika personalgrupperna kunde mötas och samarbeta över de gränser som fanns och ett gemensamt förhållningssätt och språk formades över tid. Arbetet har präglats av hög delaktighet och flexibilitet.

Boendegruppens liv har förändrats sedan de flyttat till LÄ. Genom flera olika insatser som bättre och mer följsam medicinering, att små steg av utveckling uppmärksammas och uppmuntras, kontaktskapet genom Casemetoden, en aktiv, uppsökande metod, personalens tillgänglighet och en trygg, stabil miljö, ses som några av de centrala aspekter som bidragit till de boendes positiva utveckling. De flesta har gått från ett osäkert och kringflackande liv till en betydligt stabilare tillvaro vid LÄ. De får stöd och hjälp att hantera både missbruket och den psykiska sjukdomen på ett sätt som de inte tidigare fått.

Efter LÄ:s uppstart i maj år 2005 så svalnade närsamhällets protester och kritiken av för att i princip helt upphöra. Det verkar ha funnits flera orsaker till varför kritiken mot att öppna ett stödboende för personer med dubbla diagnoser blev så kraftig. För det första fanns det redan ett stödboende för missbrukare vid LÄ. Boendet beskrivs som stökigt och underbemannat. Polisen var ofta på besök för att ta hand om bråkande och missbrukande boende. Rapporter om inbrott i förråd i lokaler i närområdet förekommer från denna period. Med andra ord fanns det en negativ erfarenhet av boendet vid LÄ vilket gjorde att oron i närsamhället ökade när boendet skulle omformas till målgruppen dubbla diagnoser. Under den här tiden var dessutom samhällsdebatten kring psykiatrin väldigt levande. Flera allvarliga våldsbrott, däribland mordet på Anna Lindh och dubbelmordet i Linköping, var utförda av psykiskt sjuka personer. Det fanns en rädsla i samhället för psykiskt sjuka och för vad de kan göra under påverkan av sin sjukdom. Att till det lägga ett missbruk gjorde att många i närsamhället kring LÄ kände sig oroliga och rädda för vad som kunde hända.

Stödboendet för psykiskt sjuka missbrukare vid LÄ har fungerat bra. De boendes liv har förändrats, samverkan mellan landstinget och kommunen har fungerat och närsamhällets protester har tystnat. Flera faktorer som gjort bidragit till en fungerande modell har diskuterats ovan. Men avslutningsvis skulle jag ändå vilja understryka ett par. För det första var det en ny boendeform, det fanns stort utrymme att pröva nya vägar och arbetssätt. För det andra stod boendegruppens mående i fokus. Den huvudsakliga målsättningen har hela tiden varit att de boende ska få ett bättre och mer fungerande liv.

8 Källor

8.1 Tryckta källor

100 poliser jagar mördaren *Östgöta Correspondenten* 2004-10-20

Berglund, Mats m.fl. (2000) *Behandling av alkoholproblem: En kunskapsöversikt* Centrum för utvärdering av socialt arbete. Liber AB: Stockholm

von Essen, Ebba (2004) ”Inget kan ju bli som vanligt igen.” *Aftonbladet* 2004-09-10

Gerdner, Arne och Sundin, Örjan (red) (1998) *Dubbel trubbel – Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*. Behandlingshemmet Runnagården

Lennér - Axelsson, Barbro & Thylefors, Ingela (2005) *Arbetsgruppens psykologi* Stockholm: Natur och Kultur

Löfgren, Emma (2011) Efter tre självmordsförsök fick Max riktig hjälp *Dagens Nyheter* 2011-09-29

Löfgren, Emma (2011) Lång väntan på vård mot ångest. *Dagens Nyheter* 2011-09-29

Malm, Ulf (2002) ”Modell och arbetssätt för en samhällsbaserad psykisk hälsovård.” i Ulf Malm red. *Case Management – Evidensbaserad integrerad psykiatri*. Lund: Studentlitteratur

Mueser, Kim T. & Gefvert, Ola. (2006) *Dubbel Diagnos. Allvarlig psykisk sjukdom och missbruk: en forskningsöversikt* Stiftelsen ett helt liv. Karlskrona

Mördarprofil kan vara på väg *Östgöta Correspondenten* 2004-10-22

Nilsson, Sonia och Malm, Ulf (2002) ”Bakgrund” i Malm, Ulf (red.) *Case Management – Evidensbaserad integrerad psykiatri*. Lund: Studentlitteratur

Schultz, Linda & Klöfver, Helena (2007) *Delrapport från Landeryds Ängar – en studie av ett samverkansprojekt mellan Linköpings kommun och Östergötland läns landsting*. FoU-rapport 41:2007

SFS, Svensk författningssamling:

Lag (1976:511) om omhändertagande av berusade personer

- Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
- Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
- Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- Socialministern vill ha mer tvång i psykvården, *Östgöta Correspondenten* 2004-10-21
- Socialstyrelsen (1996) *Psykiiskt störda missbrukare* SoS-rapport 1996:14 (kan laddas ner via www.socialstyrelsen.se/publikationer)
- Socialstyrelsen (2005) *Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder – slutrapport från en nationell tillsyn 2002-2004* (kan laddas ner via www.socialstyrelsen.se/publikationer)
- Socialstyrelsen (2007) *Nationella riktlinjer för missbruksvård- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.* (kan laddas ner via www.socialstyrelsen.se/publikationer)
- SoU 1992:74, *Välfärd och valfrihet – service. Stöd och vård för psykiskt störda. Slutbetänkande av psykiatriutredningen.*
- Sturidsson, Knut (2004) *SORM – utvecklandet av en klinisk modell för riskhantering i rättspsykiatrisk öppenvård* Stockholm: Institutionen för Klinik Neurovetenskap Karolinska Institutet
- Svensson, Lennart m.fl. (red.) (2002) *Interaktiv forskning – för utveckling av teori och praktik. Arbetsliv i omvandling 2002:7* Stockholm: Arbetslivsinstitutet

8.2 Icke tryckta källor

- Linköpings kommun, Dnr On 2004.0114 Ansökningsformulär till socialstyrelsen.
- Linköpings kommun, Dnr On 2004.0114 Förfrågningsunderlag och kravspecifikation 2004-10-07
- Linköpings kommun, Dnr On 2004.0114 Länsansökan avseende de länsvis planerade och samlade insatser för personer med psykisk sjukdom/psykiska funktionshinder baserade på de särskilda medlen. Satsning på psykiatri och socialt stöd och social omsorg för personer med psykisk sjukdom/psykiska

funktionshinder med hjälp av särskilda medel enligt regeringsuppdrag S2005/441/HS.

Linköpings kommun, Dnr On 2004.0114 Samverkansavtal mellan Linköpings kommun och Landstinget i Östergötland avseende bostäder med särskild service vid Landeryds Ängar.

Linköpings kommun, Områdesbeskrivningar – Statistik och utredningar. (kan laddas ner via <http://app.linkoping.se/statdok/gpf/gpfframe.htm>)

Lönebrink, Thomas (2006) Boende med särskild service för psykiskt funktionshindrade missbrukare i Linköping. April 2006

Lönebrink, Thomas Dubbel diagnos Arbetsmaterial vid Landeryds Ängar

Missbruk och samtidig psykisk sjukdom – en programförklaring i 10 punkter. (kan laddas ner via www.fhi.se/sv/publikationer)

Riksdagen, Proposition 1987/88:147. Tvångsvård av vuxna missbrukare. (kan laddas ner via <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser>)

Riksdagen, Dir. 2003:133 En nationell psykiatrisamordnare www.riksdagen.se

9 Bilagor

Bilaga 1

Intervjuguide 2 Personalen

Hur länge har du arbetat här på LÄ?

Nu har den nuvarande verksamheten varit igång sedan maj 2005, snart 2,5 år. Berätta lite om hur du ser på verksamheten. Hur är det nu?

- Utveckling
- Förändring
- Arbetet

Samverkan med landstinget/kommunen

- Hur ser samarbetet med landstinget ut? (Alternativt kommunen) Hur fungerar det?
- Kommunikation
- Behandlingskonferenser
- Har ni skilda perspektiv upplever du?
- Kan det fungerande samarbetet vara personbundet? Kan det överbryggas i så fall?
- Vad tror du har bidragit till att samverkan och samarbetet mellan landstinget och kommunen har fungerat bra?

Samverkan/samarbete vuxenpedagogerna

- Hur ser samarbetet ut inom gruppen?
- Kommunikation
- Om och när konflikter uppstår inom personalen, hur hanteras de?
- Personalmötena

Case management / ACT modellen

- Hur fungerar den metod som ni har för verksamheten tycker ni?
- Är det en metod som ni tycker fungerar bra för den här målgruppen?
- Alternativa behandlingsmetoder?

Boendegruppen

- Vad har hänt i boendegruppen under dessa 2 år?
- Har missbruket förändrats?
- Psykiska sjukdomen
- Sysselsättning
- Motiverande samtal

Hur ser du på förändring kontra omsorg vad gäller de boende?

Hur tycker du att det är att jobba med en grupp av människor som aldrig kan bli helt friska?

Bilaga 2

Intervjuguide för gruppintervjuer – Personalen Landeryds Ängar

- Projektet kommer att avslutas under året. Knyta ihop idag.
 - Intervjuerna med er har till stor del rört organisationen av LÄ, hur samarbetet mellan kommun och landsting växt fram och fungerat. De har även rört hur verksamheten fungerar med arbetsmodeller mm. samt hur ni tycker att de boendes situation förändrats och utvecklats.
 - Idag tycker jag att det skulle vara intressant att fokusera mera på att knyta ihop säcken som sagt, att prata om hur ”resan” med LÄ har varit. De flesta av er har ju varit med sen starten.
-

1) Nu har Landeryds Ängar varit igång under denna verksamhetsform sedan maj 2005, det har gått 3 år, om ni tänker tillbaka en stund, hur tycker ni att ”resan” varit?

- Kan man se olika faser? Hur har de i så fall sett ut? Berätta

**2) Hur tycker ni att det är nu, hur skulle ni beskriva verksamheten nu?
(Hur ser denna fas ut?)**

- Organisationen
- Arbetsklimatet
- Resurser
- Ledarskap
- Samarbetet – kommun/landsting
- Personalomsättning

3) Hur skulle ni beskriva de boendes situation nu? Hur ser ni på deras utveckling/ deras mående?

- Missbruk
- Psykisk ohälsa
- Somatiska ohälsan
- Sysselsättning
- Frånflyttning
- Tillfrisknande - omplacering

4) Hur ser ni på framtiden? Kommer ni att arbeta kvar?



FoU-rapporter i FoU Centrum

- FoU-rapport 1:2002 **Els-Marie Anbäcken**, (red), Kultur och meningsfull vardag inom äldreomsorgen
- FoU-rapport 2:2002 **Eva Hill, Agneta Johnsson**, Samtalsgrupper – som metod i arbete med separerade föräldrar. Rapport om fokusgruppsintervjuer
- FoU-rapport 3:2002 **Sophia Lövgren**, Att planera ett äldreboende: Sörgården - från ritbord till inflyttning. Slutrapport av delstudie ett.
- FoU-rapport 4:2002 **Karin Rulander**, Utvärdering av KUB-projektet – ett öppenvårdsprojekt för barn och ungdomar i Kinda kommun ur ett brukarperspektiv.
- FoU-rapport 5:2002 **Owe Anbäcken, Jan-Olof Hugozon**, Rehab Resurscentrum, en studie av ett utvecklingsprojekt inom äldreomsorgen, Linköping 1997-2000.
- FoU-rapport 6:2002 **Susanna Djerf, Maud Frithioff, Magnus Löfgren**, Egenutvärdering av KUB-projektet.
- FoU-rapport 7:2002 **Lisa Nylund, Christina Bexing**, Hemlöseprojektet 1999-2001.
- FoU-rapport 8:2002 **Anita Karlsson, Lena Lundmark**, Förebyggande av fallskador bland äldre personer i särskilt boende – en multiprofessionell kvalitetsmodell.

- FoU-rapport 9:2003 **Eva Forss, AnnMari Löf**, Hur utbildning av vårdpersonal påverkar äldres utevistelser på särskilt boende. Utevistelsens hälsobefrämjande effekter på människan.
- FoU-rapport 10:2003 **Owe Anbäcken, Helena Klöfver**, Implementering av ett kvalitetssystem. En studie inom omsorgsverksamheten i Åtvidaberg.
- FoU-rapport 11:2003 **Eva Hill, Agneta Johnsson**, Samtalsgrupper – som metod i arbetet med separerade föräldrar. En arbetsmodell.
- FoU-rapport 12:2003 **Helena Klöfver, Lise-Lotte Ardell**, Vad tycker ungdomar om Råd och Stöds ungdomsverksamhet? Utarbetandet av ett utvärderingsinstrument.
- FoU-rapport 13:2003 **Katarina Berzell, Maria Persson, Sara Ågren**, Projekt Trampolin. Egenutvärdering av en projektverksamhet.
- FoU-rapport 14:2003 **Eva Ellström, Bodil Ekholm**, Att lära i arbetslag. En studie inom hemtjänsten.
- FoU-rapport 15:2003 **Irène Johansson**, Etnicitet och åldrande är mer än äldre invandrare.
- FoU-rapport 16:2004 **Christin Strömstedt**, Arbetsrehabilitering för psykiskt funktionshindrade och Daglig Verksamhet för personer med utvecklingsstörning - ett samverkansprojekt mellan olika huvudmän
- FoU-rapport 17:2004 **John Boman, Stefan Johansson**, Organiseringen av individ- och familjeomsorgen i Östergötlands län. En pilotstudie.
- FoU-rapport 18:2004 **Irene Rönnqvist, Agneta Lindgren**, Kompetens- och verksamhetsutveckling vid sex BoDa-enheter. Beskrivning och utvärdering vid sex BoDa-enheter (boende och daglig verksamhet) för gravt utvecklingsstörda personer i Linköpings kommun.

- FoU-rapport 19:2004 **Projektgrupp: Johan Adriansson, Cecilia Borg, Andreas Capilla, Ammie Envall, Lisbeth Nilsson, Sirpa Lumme, Stefan Ringdahl, Kicki Zentio**, Den livskraftiga arbetsplatsen. En förstudie vid äldreboendet Danbomsgården i Kinda kommun.
- FoU-rapport 20:2004 **Owe Anbäcken, Mats Ericsson**, Bygga för en ny generation, Förändring och lärande på deltagarnas villkor
- FoU-rapport 21:2004 **Sophia Lövgren**, Att planera ett äldreboende: Ett Sörgården för de äldre? Rapport två
- FoU-rapport 22:2004 **Ann-Christin Cederborg**, Kan frivilliga öppenvårdsinsatser löna sig?
- FoU-rapport 23:2004 **Henrik Danielsson, Malin Wass, Jerker Rönnberg**, Utvärdering av projektet Arbete och sysselsättning för yngre funktionshindrade i Linköpings kommun
- FoU-rapport 24:2005 **Eva Hill, Agneta Johnsson**, Samtalsgrupper – som metod i arbetet med separerade föräldrar. Rapport om Fokusgruppsintervjuer; en Arbetsmodell och Utvärdering.
- FoU-rapport 25:2005 **Olle Knutsson**, Samverkan inom missbruksvården i Boxholm, Kinda, Ydre och Ödeshög kommuner.
- FoU-rapport 26:2005 **Kerstin Angvik, Liselotte Björk**, Anhörigstöd på dagverksamhet för personer med demenshandikapp
- FoU-rapport 27:2005 **Mikael Nilsson**, Kompetenscentrum för utveckling av gruppinriktat socialt arbete.
- FoU-rapport 28:2005 **Annika Larsson**, Kund, Omsorgstagare eller Pappa. En studie av mötet mellan pensionär och enhetschef i hemtjänsten vid tecknandet av serviceavtal.
- FoU-rapport 29:2005 **Stefan Johansson**, Så ett frö och låt det gro. En studie av det särskilda boendet Aspen i Vadstena.

- FoU-rapport 30:2005 **Kjell Thun** (red.), Den Hälsofrämjande och livskraftiga arbetsplatsen. Ett projekt med offentliga och privat verksamhet i nätverkssamarbete juni 2002 – augusti 2004.
- FoU-rapport 31:2006 **Britt Lundén**, Nio år efteråt. En uppföljning av alla som 1996 hade offentlig omsorg i hemmet i Motala kommun.
- FoU-rapport 32:2006 **Ylva Bjerke, Anita Karlsson**, Delaktig till 100 %. Ett Hela-projekt inom Produktion Omsorg i Linköpings kommun
- FoU-rapport 33:2006 **Annlouise Gadd, Elisabet Kjellander, Lotta Lindgren**, Familjegruppsamtal. Bamse-teamets metodutveckling av sociala utredningar gällande fysisk misshandel av barn.
- FoU-rapport 34:2006 **Ingalill Thor, Per-Erik Ellström, Bodil Ekholm, Eva Ellström, Dan Rönnqvist**, FoU i praktiken. En studie av aktörer och projekt inom en flerkommunal FoU-verksamhet.
- FoU-rapport 35:2006 **Ann-Christin Cederborg**, Barns Behov I Centrum, Perspektiv på socialtjänstens utredningsarbete när barn misstänks fara illa.
- FoU-rapport 36:2006 **Bo Davidson, Dan Rönnqvist**, Kompetensförsörjning inom äldreomsorg.
- FoU-rapport 37:2006 **Ann-Christin Cederborg**, ”Lönsamhet” med frivilliga öppenvårdsinsatser - En långtidsuppföljning av klienters utveckling.
- FoU-rapport 38:2007 **Anne-Sofie Anlén, Gun Lanneström, Maj Berg**, Samtalsbehandling och taktil stimulering - en utvärdering av behandlingsinsatser
- FoU-rapport 39:2007 **Tobias Leoson**, Avslutade institutions- och familjehemsplaceringar av ungdomar 2004-2005. Beskrivning och analys

- FoU-rapport 40:2007 **Petra Dannapfel**, Makten över vardagen. Omsorgsarbete och brukarinflytande ur hemtjänstpersonalens perspektiv -en fokusgruppsstudie
- FoU-rapport 41:2007 **Linda Schultz, Helena Klöfver**, Delrapport från Landeryds Ängar, en studie av ett samverkansprojekt mellan Linköpings kommun och Östergötland läns landsting.
- FoU-rapport 42:2008 **Jenny Dahl, Mats Greiff**, Samforskning. Ett utvärderings- och kompetensutvecklingsprojekt med familjen som lärare
- FoU-rapport 43:2008 **Lena Hallgren-Berger**, Filbyterare i backspegeln. Uppföljning av ungdomar som varit inskrivna hos Filbytergruppen, Stöd och arbetsträning, vid Linköpings kommun.
- FoU-rapport 44:2008 **Lena Josefsson**, Anhörigvårdarens upplevelser av roller och känslor i relation till närstående och växelboende.
- FoU-rapport 45:2008 **Lise-Lotte Ardell**, Från Bistånd till Service. En studie om organisationens betydelse för utveckling av arbetssätt.
- FoU-rapport 46:2008 **Lisbeth Eriksson**, Behandling utan hinder, - utvärdering av projektet ”HVB på service”.
- FoU-rapport 47:2008 **Malena Gustavson**, Om att stödja våldsutsatta kvinnor som missbrukar. Reflektioner kring Projekt Greta på Stadsmissionen i Linköping.
- FoU-rapport 48:2009 **Lina Nyqvist & Isabella Sedin**, Metoder och arbetssätt på ett kommunalt HVB-hem.
- FoU-rapport 49:2009 **Pernilla Bergström**, Utveckling av kontaktmannaskap och lärande samtal-en studie genomförd inom äldreomsorgen.
- FoU-rapport 50:2009 **Elisabet Cedersund, Katarina Lundborg, Els-Marie Anbäcken**, Garnisonen - ett steg på väg!, Om starten av ett korttidsboende för äldre personer på väg hem från sjukhus.

- FoU-rapport 51:2009 **Susanne Engström, Maria Lindahl, Lisa Tällberg**, En metod det svänger om! Rytmtterapi för personer med neurologiska skador.
- FoU-rapport 52:2009 **Ann-Marie Markström**, Serviceinsatser inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Möjligheter och dilemman.
- FoU-rapport 53:2009 **Stefan Lundberg**, ACTION – ett anhörigstöd. Testat i Linköpings kommun under 2 år
- FoU-rapport 54:2009 **Åse Andersson**, Vad är det som är så tungt? En studie i upplevelse av arbetsbelastning i arbetet med ekonomiskt bistånd på ett socialkontor
- FoU-rapport 55:2009 **Madelene Olofsson, Jennie Pettersson**, Alltid en fot i verksamheten? – En studie om en kompetensutvecklingsenhet inom demensomsorgen
- FoU-rapport 56:2009 **Ann-Charlotte Münger**, Att förebygga och förhindra mäns våld i nära relationer inom Östergötlands län, Kvinnors upplevelser och erfarenheter av uppbrottsprocessen – en kunskapsöversikt och en intervjustudie av kvinnors egna berättelser om sitt uppbrott
- FoU-rapport 57:2009 **Tomas Köhler, Gustaf Åberg**,Handledning som lärande- och utvecklingsform. - En kvantitativ studie inom demensvården
- FoU-rapport 58:2009 **Linda Schultz**, Kompetensutveckling inom äldreomsorgen. En utvärdering av arbetet med den statliga satsningen Kompetensstegen i Linköpings kommun
- FoU-rapport 59:2009 **Terese Andersson, Emelie Ingmarsson**, Demensutbildning steg ett, två & tre. Lednings och medarbetares uppfattningar om en genomförd kompetensutvecklingsinsats

- FoU-rapport 60:2009 **Erica Byström & Mats Ericsson (Redaktörer)**, Lärande och förändringsarbete inom äldreomsorgen. En uppdragsutbildning inom ramen för Kompetensstegen 2008-2009
- FoU-rapport 61:2009 **Eva Ellström**, Att arbeta med utveckling i praktiken. En studie av ledarskap och lärandemiljöer inom hemtjänstverksamhet
- FoU-rapport 62:2009 **Emelie Berglund**, Stöd på lika villkor? Hur kvinnor och män upplever stödet de får från socialtjänsten utifrån en enkätundersökning i Linköpings kommun 2008
- FoU-rapport 63:2010 **Elisabeth Sundin, Malin Tillmar**, Uppföljning av ”Eget val” inom hemtjänsten i Linköpings kommun. Utförarperspektiv
- FoU-rapport 64:2010 **Ingela Larsson Kindeland, Susanne Sundström**. ”Att få alla med på tåget” – kritiska faktorer för implementering av metodverktyg inom demensvården
- FoU-rapport 65:2011 **Bo Davidson (Redaktör)**, Lärcenter för en god demensvård. Ett FoU-projekt för att utveckla en lokal kompetensutvecklingsenhet inom demensvården i Linköpings kommun
- FoU-rapport 66:2011 **Bo Lundén**, Utvärdering som stöd för utveckling. En studie om vårdtagares och anhörigas syn på äldreboende kopplat till verksamhetsutveckling.
- FoU-rapport 67:2011 **Maria Hemgren**, Individanpassat bemötande på demensboende genom ett Jag-stödande förhållningssätt –utifrån ett lärande perspektiv
- FoU-rapport 68:2012 **Margareta Bredmar & Bo Davidson (Redaktörer)**, Familjer i socialtjänsten - levnadsvillkor, livssituation och erfarenheter av socialtjänsten. Ett FoU-projekt om barn, ungdomar och deras föräldrar i sex kommuner i Östergötland. Slutrapport fas 1.

- FoU-rapport 69:2012 **Lena Andersson**, Organisering för samordning och samsyn. En studie av Kindas kärntrupp för rehabiliteringssamverkan kring äldre.
- FoU-rapport 70:2012 **Kia Palm Hjert**, Mer än att ”bara dricka kaffe”. Att verka för en evidensbaserad praktik på en dagverksamhet för vuxna med psykisk funktionsnedsättning.
- FoU-rapport 71:2012 **Ingela Harrelind, Yvonne Mellberg Jakobsson**, Det första samtalet med Vägledningscentrum. Mötesmetoder
- FoU-rapport 72:2013 **Linda Schultz**, ”Det har inte varit någon tuppfäktning här”. Slutrapport från Landeryds ängar – En studie av ett boende med särskild service som drivs gemensamt av Linköpings kommun och Östergötland läns landsting.



Arbetsrapporter i FoU Centrum

- Arbetsrapport 1:2002 **Els-Marie Anbäcken**, (red) **Miriam Berger**
(textbearbetning), Kultur och meningsfull vardag inom äldreomsorgen – en sammanfattning.
- Arbetsrapport 2:2002 **Caroline Johansson**, Kunskapsöverföring – en källa till utveckling och lärande? En utvärdering av ett projekt för utveckling av metoder och kompetens för ökad kunskapsöverföring mellan personal inom olika vårdspecialiteter.
- Arbetsrapport 3:2002 **Verksamhetsberättelse** för FoU-centrum för vård och omsorg 2000-2001.
- Arbetsrapport 4:2002 **Margareta Junghard-Lindell**, Vad är viktigt för att må bra på äldre da'r? En enkätundersökning om hälsofrämjande insatser för äldre.
- Arbetsrapport 5:2002 **Margot Månsson**, Omsorgsrekryterare – handledare i vård och omsorg. Linköpings kommun september 2000 – juni 2002.
- Arbetsrapport 6:2003 **Anette Olsson & Monica Karlsson**, Samtalsgrupper – om kärlek, känslor och sexualitet för kvinnor och män med intellektuella och fysiska funktionshinder.
- Arbetsrapport 7:2003 **Berit Bäck & Christina Isakson**, Metodutveckling för uppföljning av myndighetsbeslut. En studie och utveckling av uppföljningsinstrument inom äldre- och handikappomsorg.

- Arbetsrapport 8:2005 **Annelie Gullström & Eva-Lena Lundberg**, Dansens betydelse för personer med en demensdiagnos. En studie inom äldreomsorgen i Linköping.
- Arbetsrapport 9:2006 **Sara Wilhelmsson**, ”Senior Service” Från planeringsstyrd till efterfrågestyrd vård och omsorg. Ett projekt inom Trägårn´s hemtjänstområde
- Arbetsrapport 10:2006 **Eva Hulth, Anna-Karin Jern, Bo Lundén, Bo Mörling**, Trygghetsboende i Motala kommun. Blev det som det var tänkt?
- Arbetsrapport 11:2007 **Lars Jonsson, Susanne Martinsson, Pernilla Öhlin**. Vi bor på landet. Lilla Åby Östergård, bostad med särskild service enligt LSS.
- Arbetsrapport 12:2008 **Helena Klöfver**, Nätverk som stöd för lärande och utveckling inom Kompetensstegen.
- Arbetsrapport 13:2009 **Linda Schultz**, Samverkan för integration, En utvärdering av projekt Integration i Östergötlands andra fas
- Arbetsrapport 14:2012 **Marie Fridh, Carina Svensson**, Kontaktmannaskap inom Ydre kommuns äldreomsorg

