

Dubbeldiagnos

- finns en gemensam målsättning med behandlingen?

Av

Carina Olofsson & Maria Kristina Gräntz

Socialhögskolan vid Lunds Universitet

Ht-08



Handledare: Ulla Magne-Ingvar

Abstract

Clients with dual diagnosis have difficulties to recover and have a tendency to fall between two stools. Among other things this is due to the fact that caregivers have different approaches, values and focus. The purpose of this study is to compare how clients, therapists and socialworkers look upon the aim of the treatment, its form, residential care, the conception of goalfulfillment and participation. In our study we have applied the theories of Aaron Antonovsky, Howard Becker and Erving Goffman. The paper consists mainly of qualitative interviews with clients, therapists and socialworkers. The results shows that the respondents have different opinions of the conceptions above, however clients and professionals agree that institutional treatment in some cases have been necessary. We also found that the final goals of treatment in these cases were diffuse and formulated in a general way. We found some lack of participation by the clients during the planning of the treatment and the follow-up but they were seen by all social workers and therapists as important tools. Our conclusion is furthermore that solutions in the clients homeenvironment is a main issue for the goalfulfillment as well as the other conceptions in our study.

Key-words: dual diagnosis, aim of treatment, goalfulfillment, residential care, participation.

Förord

Idén till vår uppsats fick vi efter vår praktikperiod. Vi upplevde båda att trots att alla vill hjälpa ger insatser sällan det resultat man önskar. Att inte alla parter drar åt samma håll såg vi som en anledning av flera vilket ledde oss in på individer med dubbeldiagnos som i olika sammanhang har lyfts fram som särskilt utsatt grupp.

Det har varit ett kämpigt, men roligt och spännande arbete.

Vi vill tacka alla som har ställt upp på intervju. Tack för er tid och för att ni har delat med er av era tankar och upplevelser. Vi vill också tacka vår handledare som stöttat oss och gett oss många råd och tips.

Helsingborg 090115

Carina Olofsson & Maria Kristina Gräntz

Innehållsförteckning

1. Inledning	s.6
1.1 Problemformulering.....	s.6
1.2 Syfte.....	s.7
1.3 Frågeställning.....	s.7
1.4 Avgränsningar.....	s.7
1.5 Metod.....	s.7
1.5.1 Tillvägagångssätt.....	s.8
1.5.2 Urval.....	s.9
1.5.3 Reliabilitet och validitet.....	s.10
1.5.4 Arbetsfördelning.....	s.10
1.5.5 Etiska överväganden.....	s.11
2. Bakgrund	s.12
2.1 Begrepp.....	s.12
2.1.1 Dubbeldiagnos.....	s.12
2.1.2 Korsaröd.....	s.12
2.1.3 Terapeuter.....	s.13
2.1.4 Utskrivningsklar.....	s.13
2.2 Teoretiska perspektiv.....	s.13
2.2.1 Goffman.....	s.14
2.2.2 Becker.....	s.15
2.2.3 Antonovsky.....	s.15
2.3 Tidigare forskning.....	s.16
2.3.1 Behandling av dubbeldiagnos.....	s.16
2.3.2 Mål.....	s.17
2.3.3 Behandlingshem som metod.....	s.18
3. Analys	s.20
3.1 Empiri och analys.....	s.20
3.1.1 Målet med behandlingen.....	s.20

3.1.2 Uppnås målen?.....	s.24
3.1.3 Utskrivningsklar.....	s.28
3.1.4 Behandlingshem som metod.....	s.33
3.1.5 Delaktighet/överens.....	s.37
3.2 Avslutande diskussion.....	s.41
4. Källförteckning.....	s.44
5. Bilagor.....	s.48
5.1 Intervjuguide.....	s.48

1. Inledning

1.1. Problemformulering

Individer med psykisk störning i kombination med missbruk, så kallad dubbeldiagnos, är en grupp som ökat de senaste åren och är dessutom en av samhällets mest utsatta grupper (Socialstyrelsen, 2004-123-11). Att dessa individer har dålig prognos för tillfrisknande och hög risk för självmord och självmordsförsök anses ha flera anledningar (Nopus Nytt, 2008; Öjehagen, 1998). En anledning är att just denna grupp lätt faller mellan stolarna då de behöver stöd från flera instanser samtidigt, men också att olika yrkeskategorier ser olika på problemet och vad det främsta målet med behandlingen är (Socialstyrelsen, 2004-123-11). Hur behandlingen för denna målgrupp ser ut skiftar därmed mellan olika vårdgivare. Förutom att metoderna kan variera kan behandlingen ske både inom öppenvård och inom slutenvård. Forskning pekar dock på att behandling inom institution sällan bidrar till en varaktig framgång för individen (Evans, 1998). Av denna anledning anser vi att vore intressant att titta på vad målet med institutionsplacering är.

Korsaröd behandlingshem, beläget utanför Höör i Skåne, är ett av få behandlingshem som arbetar med individer med dubbeldiagnoser. De boende har placerats av socialtjänst, psykiatri eller kriminalvård och behandlingen består av flera olika metoder (Korsaröd, 2008). Hur väl behandlingen utfaller är dock inte endast beroende av vilka metoder som används, utan styrs av många faktorer där en viktig faktor är förväntningar och mål (Jenner, 2003). För att nå optimal effekt av en behandling är det avgörande att målen är tydligt utformade och att alla inblandade har samma målsättning. Detta kan klargöras genom individuella vårdplaner med klara delmål (Printz, 2003; Tengvald, 2003). Dessutom har samhället idag en ökad fokusering på resultat i socialt arbete och ställer krav på formulerade mål, individuella handlingsplaner och uppföljningar. Detta syftar till att underlätta utvärderingar och ge möjlighet att erhålla kunskap om vilka metoder som fungerar och vilket resultat som kan förväntas av en specifik behandling (Tengvald, 2003).

Vidare visar det sig att behandling till viss del består av kontroll och anpassning och detta gäller kanske framförallt när vården sker på en institution (Meeuwisse, Sunesson & Eliasson-Lappalainen, 2005). En nackdel med behandling på institution är av denna anledning att

individerna tenderar att institutionaliseras (Månsson, 2002). Frågan vi ställer oss är därför vad de olika parterna förväntar sig att uppnå under behandlingstiden och vad det egentliga syftet är med behandlingen? Är det klientens behov som styr? Är alla inblandade överens om målet med behandlingen och hur vet man när målet är uppnått?

1.2. Syfte

Vi ville undersöka om det finns en gemensam målsättning med behandlingen. Hur tänker klient, behandlare respektive socialtjänst kring mål, måluppfyllelse, behandlingshemsvistelse, delaktighet och att vara utskrivningsklar.

1.3. Frågeställning

Utifrån klientens, behandlarens och socialtjänstens perspektiv:

- Vad är målet med behandlingen?
- Uppfylls målet?
- Hur vet de olika parterna när målet är uppfyllt?
- Hur ser de på begreppet utskrivningsklar?
- Är behandlingshemsvistelsen en viktig faktor för att uppnå målet med behandlingen?
- Hur delaktig är klienten?

1.4. Avgränsningar

Vi har valt att göra undersökningen utifrån Korsaröds behandlingshem då Korsaröd själv var intresserad av att få gjort en studie kring deras verksamhet. Då vi redan tidigare hade funderat på behandlingshem som metod kändes det relevant att ta med denna aspekt i vår frågeställning. Detta kan resultera i att avsnittet kring behandlingshem som metod kan uppfattas stort i förhållande till vårt syfte. Vi ansåg dock att det var en väsentlig fråga då det i tidigare forskning framkommit att målet med behandlingen ibland är att anpassa individen till institutionen i stället för att rehabilitera (Svensson, 1996). Med anledning av vår begränsade

tid har vi därmed medvetet valt bort öppenvårdsbehandling och även jämförande studier av olika behandlingshem och metoder. Vi har fokuserat på att jämföra klientens, terapeutens och socialsekreterarens syn på behandlingen och i och med detta valt bort att göra en jämförelse mellan andra yrkesgrupper. Vi är medvetna om att dessa avgränsningar innebär att den studie som fokuserar på andra aspekter eventuellt kan visa på ett annat resultat.

1.5. Metod

Denna undersökning är deskriptiv på så sätt att vi utforskar aspekterna kring målsättningen när det gäller behandling av individer med dubbeldiagnos (Patel & Davidson, 1994).

1.5.1 Tillvägagångssätt

Våra insamlade data består av tolv semistrukturerade intervjuer utifrån en kvalitativ ansats. Vi har utgått från ett begränsat antal frågor, formulerade på samma sätt till alla intervjuade, men har tillåtit oss att vara flexibla när det gäller ordningsföljden på frågorna. Fördelen med detta har varit att det underlättat för oss att jämföra svaren, men att vi samtidigt haft möjlighet att be intervjupersonen förklara eller förtydliga vissa svar, vilket inte hade låtit sig göras vid en kvantitativ undersökning (Denscombe, 2000; May, 2001). Intervjuerna med terapeuter och klienter har skett på Korsaröds behandlingshem, medan intervjuerna med socialsekreterarna har skett via telefon. Detta med anledning av att socialsekreterarna har befunnit sig runt om i Sverige. Att genomföra dessa intervjuer på plats vore därmed en omöjlighet under vår begränsade tid. Av praktiska skäl intervjuades klienter och terapeuter på Korsaröd. Dessa intervjuer skedde samtliga under en hel dag. Överlag har intervjuerna tagit cirka 20 minuter, ibland något mer, ibland något mindre. Alla intervjuer har spelats in på bandspelare. Fördelen med detta är att intervjuerna kan transkriberas ordagrant och intervjuaren kan fokusera enbart på intervjun. En nackdel kan dock vara att den intervjuade hämmas vilket kan vara skälet till att vissa intervjupersoner gav mer kortfattade svar jämfört med andra (May, 2001). Alla intervjuer har transkriberats och sänts åter till den intervjuade för tillägg eller förtydligande.

En fördel med intervjuerna som skett på Korsaröd har varit att vi kunnat ta del av de intervjuades minspel och kroppsspråk. Detta har varit till nytta då vi har uppfattat att alla intervjupersoner inte alltid har sagt rent ut vad han eller hon tycker och tänker. En nackdel vid de telefonintervjuer vi gjort har varit att vi inte fått ta del av de intervjuades gester och minspel (May, 2001). Vi är medvetna om att detta kan ha påverkat tolkningen av vårt material. Två av de intervjuade professionella har gjort större ändringar i den transkriberade intervjun. Dessa bestod av språkliga korrigeringar och ett avsnitt av en intervju togs bort. Även detta kan ha påverkat vår tolkning av intervjuerna då vi har fått ta del av material som vi inte haft möjlighet att använda i vår undersökning. Allt intervjumaterial har sorterats under rubrikerna målet med behandlingen, uppnås målet, utskrivningsklar, behandlingshem som metod och delaktighet /överens. Dessa teman har vi sedan utgått från när vi presenterar vårt resultat. Under respektive rubrik redovisar vi intervjumaterialet och en kort analys för varje klient.

1.5.2 Urval

Vårt syfte med denna undersökning har varit att lyfta fram de inblandade parternas syn på behandling och se på likheter och olikheter däremellan. Med anledning av detta var vår tanke att vårt empiriska material i första hand skulle samlas in från fyra klienter, fyra behandlare och fyra socialsekreterare som var knutna till varandra. En klient hoppade tyvärr av under arbetets gång och därmed föll även en socialsekreterare bort. Dessutom visade det sig under intervjun med en av terapeuterna att denne inte var knuten till någon av de aktuella klienterna. Detta medförde att vi valde att intervjua ytterligare två socialsekreterare för att kunna jämföra vad terapeuter och socialsekreterare tänker allmänt kring behandling. Dessa två socialsekreterare har i nuläget ingen klient placerad på Korsaröd, men har haft det tidigare. Då Korsaröds behandlingshem själva kom med ett erbjudande om att utgå från deras verksamhet valde vi att skriva vår c-uppsats kring deras arbete. Urvalet av dem som bidragit till vår empiri har därmed skett genom så kallat ”snöbollsurval” då kontakter har tagits med Korsaröds behandlingshem efter tips från Lunds universitet. Föreståndaren för Korsaröd har förmedlat informationen till terapeuterna som i sin tur informerat sina klienter om vårt syfte och därefter har klienterna själva fått välja om de ville delta eller inte. Utifrån de klienter som valt att delta har vi intervjuat den terapeut och socialsekreterare som är knuten till denne. Även kontakten med de två socialsekreterare som inte är knutna till någon klient förmedlades

via Korsaröd. ”Snöbollsurval” ansåg vi var en verksam teknik för att få till stånd ett rimligt antal intervjuer under en relativt kort tid (Denscombe, 2000). En nackdel med ”snöbollsurvalet” kan dock vara att urvalet inte blir representativt då det har begränsats till de kontakter vi blivit erbjudna. Vi kan utifrån detta inte säkerställa om de intervjuade är representativa i förhållande till andra klienter, terapeuter och socialsekreterare (May, 2001).

1.5.3 Reliabilitet och validitet.

Då vi utgår från en deskriptiv ansats och med tanke på att denna undersökning är relativt liten gör vi inga anspråk på att vår undersökning kan generaliseras. Dessutom är vårt val av intervjupersoner gjord utifrån snöbollsurvalet genom att kontakten med alla intervjuade har förmedlats direkt eller indirekt via verksamhetsansvarig på Korsaröds behandlingshem. Vi kan därmed inte säkerställa att vi hade fått samma svar utifrån ett annat urval (May, 2001). Med anledning av att vi inte har kunnat säkra total anonymitet mellan de intervjuade socialsekreterare, terapeut och klienter som är knutna till varandra kan validiteten ifrågasättas då det kan ha påverkat de svar vi fått. Det som kan väga upp detta är att vi även har intervjuat terapeuter och socialsekreterare som inte är knutna till någon specifik klient. Dessutom har vi i våra frågor valt att utgå från ett antal begrepp som mål, behandling, utskrivningsklar, delaktighet och behandlingshem till samtliga 12 intervjupersoner vilket vi anser kan stärka validiteten i vår undersökning (May, 2001).

1.5.4 Arbetsfördelning

Uppsatsen är ett gemensamt arbete och vi tar båda ansvar för dess helhet. Det vi har delat upp är insamlandet av teorier och tidigare forskning samt sortering av intervjumaterialet i olika teman. Carina har ansvarat för Aaron Antonovsky och tidigare forskning. Maria Kristina har ansvarat för Erving Goffman, Howard S. Becker och sortering av intervjumaterialet. Det övriga arbetet har vi gjort gemensamt.

1.5.5. Etiska överväganden

Då vi bland annat har intervjuat klienter på behandlingshemmet Korsaröd har vi funderat kring det etiska i detta. Undersökningar visar dock på att rädslan för att utsätta klienter för kränkning kan vara obefogad, då det tvärtom kan uppfattas positivt av klienterna att få delta i forskningsundersökningar (Hansson, 2003). Vi anser därmed att de etiska problemen är små i förhållande till nyttan av att även få höra klienternas syn på sin behandling. En annan etisk aspekt är att de intervjuade som är knutna till varandra inte kan garanteras anonymitet gentemot varandra. Detta har dock alla informerats om.

Informations-, konfidentialitets-, samtyckes- och nyttjandekravet har tillgodosetts genom att de intervjuade på förhand fått veta syftet med vår undersökning. Allt insamlat material har behandlats med största möjliga anonymitet och de intervjuade har även informerats om att intervjumaterialet endast kommer att användas till denna undersökning. Intervjuerna har sänts åter till intervjupersonerna för att godkännas innan uppgifterna använts i analysen och samtliga intervjuade har dessutom informerats om att deltagandet är frivilligt och att de när som helst kan avbryta samarbetet (Vetenskapsrådet, 2008). Denna information har delgetts både skriftligt och muntligt till samtliga intervjupersoner.

2. Bakgrund

2.1 Begrepp

2.1.1 Dubbeldiagnos

Dubbeldiagnos även kallad samsjuklighet beskrivs av Socialstyrelsen (2007-102-1) som ”missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom” .

2.1.2 Korsaröd

Korsaröd är ett behandlingshem för individer med dubbeldiagnos, beläget utanför Höör i Skåne. Deras verksamhet riktar sig till män och kvinnor över 18 år och verksamheten är indelad i tre enheter. Första enheten består av män och kvinnor med psykos. Den andra enheten består av män med psykiatriska diagnoser som till exempel personlighetsstörningar eller depression och den tredje enheten består av kvinnor med liknande problematik. Enheterna är belägna i tre hus och behandlingen i husen är utformade efter klienternas problematik. De metoder som används i behandlingen är ESL (Ett Självständigt Liv) som innebär social färdighetsträning, miljöterapi, kognitiv terapi, farmakologisk behandling, gruppterapi och enskilda samtal. En individuell vårdplan är grunden för behandlingen som i slutändan bygger på de uppgjorda scheman för de olika husen. På Korsaröd finns även möjlighet att göra diagnostiska utredningar (Korsaröd, 2008).

På Korsaröd görs en vårdplan inom två veckor där det görs en kartläggning av klientens problematik och vad som ska jobbas med. Under de följande två månaderna görs sedan en bedömningsrapport. Denna innehåller delmål för klientens behandling samt en individuell arbetsplan som skickas till socialtjänsten. Därefter gör Korsaröd uppföljningar var tredje månad (ibid.).

2.1.3 Terapeuter

Behandlingspersonalen på Korsaröd består av miljöterapeuter, psykologer och socionomer (Korsaröd, 2008). De vi har intervjuat har haft olika professioner. Vi har i vårt arbete valt att kalla dem alla för terapeuter.

2.1.4 Utskrivningsklar

Utskrivningsklar benämndes tidigare ”medicinskt färdigbehandlad”. Det har nu ändrats via lagstiftning och utskrivningsklar gäller numera för både kommuner och landsting. Med detta begrepp menar man att klienten är utskrivningsklar tidigast när vårdplanen är etablerad och då görs även en bedömning om klienten behöver ytterligare insatser. Vårdplanen ska förtydliga vilka behov som föreligger och ska bygga på klientens delaktighet och samtycke. I vårdplanen ska även framgå vem som har ansvaret för de olika insatserna (Berg, 2008).

2.2 Teoretiska perspektiv

Vi har valt teorier utifrån både ett interaktionistiskt och ett humanistiskt perspektiv. Det interaktionistiska perspektivet lämpar sig väl i vår undersökning då den fokuserar på individens perspektiv och de institutionella faktorerna omkring samt betonar betydelsen av att ta hänsyn till samtliga parter uppfattning av situationen (Månsson, 2002). I det humanistiska perspektivet är den unika människan och dennes personliga ansvar i fokus. Synen på människan är utifrån detta perspektiv friare och tolerantere än de teoretiska vetenskaperna (Molander, 1988). De tre olika teoretikerna vi valt att utgå från i vår analys bidrar med olika förklaringsmodeller till en individs förändring, såsom inre förändring och yttre påverkan, och ger även förklaringar till olika begrepp som vi stöter på i empirin.

2.2.1 Goffman

Erving Goffman utgår från ett interaktionistiskt perspektiv (Månsson, 2002) och har forskat kring hur individer som befinner sig på institution gradvis socialiseras och anpassar sig till denna (Goffman, 1961). Goffman menar vidare att anpassningen ofta bara är en illusion. Det vill säga att individen egentligen inte förändras, utan bara anpassar sig för att tillfredsställa omgivningen. Individens självuppfattning blir genom denna process inte hans egen utan är formad av institutionen. Konsekvensen av detta blir att individens åsikter successivt skiljer sig allt mindre från institutionens ideala önskemål. Att individen underkastar sig, är medgörlig och samarbetsvillig ses av institutionen som ett tecken på att han eller hon har accepterat sin nya identitet. Denna samarbetsvillighet underlättar behandlingen av individen som måste komma till ”insikt” eller ge sken av att acceptera institutionens uppfattning om honom eller henne. Denna uppfattning grundar institutioner ofta formellt på makten av att kunna ställa psykiatriska diagnoser. Individen som håller sig till institutionens sätt att tänka om hans person sägs vara mogen samt ha uppnått god personlig anpassning. Goffman (1972) menar även att en diagnos bidrar till en negativ social identitet vilket kan leda individen till ett utanförskap.

Enligt Goffman (1961) förlorar individen under institutionsvistelsen till viss del förmågan att utföra de vardagliga sysslorna som krävs ute i samhället. Detta kan göra att även om individen ser fram emot att skrivas ut kan ångest uppstå vid utskrivningen. Den upplevda tryggheten på institutionen kan skapa rädsla inför att klara sig på egen hand. Dessutom sker utskrivningen oftast när individen lyckats få del av förmånerna som ges på institutionen och ska ut i samhället och börja om. Trots alla dessa svårigheter med institutioner så menar Goffman att han inte har någon bättre lösning och att institutioner existerar för att efterfrågan finns (ibid.).

Trots att Goffman grundade sina teorier på 40-50-talets institutioner kan de fortfarande vara aktuella. Institutioner i dag ser givetvis annorlunda ut än på Goffmans tid, och rollerna är något förändrade. Forskningen menar ändå att Goffmans teorier fortfarande har stor aktualitet när det gäller att analysera hur individer anpassar sig till institutionen (Johansson, 2006).

2.2.2 Becker

Även Howard S. Becker utgår från ett interaktionistiskt synsätt (Lindqvist & Nyqvist, 2006) och vi anser att hans teori har relevans i vår undersökning då han menar att det inte råder konsensus kring de regler som finns kring avvikande beteende och därpå följande behandling (Becker, 2006). Detta kan enligt Becker resultera i att berörda parter ser olika på behandlingens mål trots att det är en och samma individ det handlar om. Han menar att ett socialt problem skapas av den som har rätt att definiera detta som en avvikelse och att makt här har stor betydelse. Becker talar liksom Goffman (1972) om stämplingsbegreppet som innebär att individen blir upptäckt och offentligt etiketterad som avvikare (Becker, 2006). Detta kan få allvarliga konsekvenser för det sociala livet och självbilden. Fokuset kring en avvikande handling kan leda till att individen blir betraktad som avvikare i allmänhet, vilket enligt Becker kan bli en självuppfyllande profetia. Becker menar att när det gäller att ställa diagnos handlar detta om en individs bedömning av en annan och att denna bedömning skiftar beroende på vem som gör den, men att bedömningen alltid görs av någon som har makten att sätta upp regler kring vad som ska ses som normalt och inte. Becker tar även upp institutioners kontroll och menar att anställda på en institution kan uppfatta att det professionella arbetet är att se till att reglerna följs och inte se till innehållet. Denna yrkeskategori har en tendens till att ha ett pessimistiskt synsätt angående människans natur och Becker menar att detta kan förklaras med att om människan kunde förändras till det bättre så skulle deras arbete inte behövas (ibid.).

2.2.3 Antonovsky

Aaron Antonovsky har utifrån ett humanistiskt och salutogent perspektiv (Lindqvist & Nyqvist, 2006) en tanke om att en individs upplevelse av hälsa beror på hennes känsla av sammanhang, så kallad KASAM (Antonovsky, 2005). En individs KASAM avgör hur väl hon eller han hanterat livet och dess motgångar. Denna känsla av sammanhang fås genom att tillvaron ses som begriplig, hanterbar och meningsfull. Med begriplighet menar Antonovsky att individen förstår de yttre och inre stimuli han eller hon upplever och att saker går att ordna och förklara. En individ med låg känsla av begriplighet upplever sig gärna otursförföljd och för att skapa begriplighet krävs förutsägbarhet, det vill säga att individen ska kunna förutse

vad som ska hända och förstå varför det händer. Hanterbarhet handlar om att individen har resurser till sitt förfogande för att möta de hinder och problem som uppstår i livet och inte ser sig som offer för omständigheter. Det som lägger grunden för en känsla av hanterbarhet är en bra belastningsbalans, det vill säga krav efter förmåga. Känslan av hanterbarhet styrs av om individen har strategier som är till hjälp för att hantera de problem och svårigheter som dyker upp. Den sista komponenten, meningsfullhet, är enligt Antonovsky en stark motivationskomponent. En individ med hög känsla av meningsfullhet ser att det är värt att satsa på utmaningar och ser en mening i det som händer. Delaktighet i resultatet lägger grunden för meningsfullhet. Vi behöver inte ha kontroll, men att få känna medbestämmande är viktigt. Antonovsky menar att när andra bestämmer alltför mycket över oss blir individen ett objekt och då mister livet sin mening (ibid.). Antonovskys perspektiv kan vara relevant då forskning har visat att en låg "känsla av sammanhang" vid utskrivning från behandling leder till ökad risk för dödlighet inom en femårs period. (Berg och Andersen, 2001).

2.3 Tidigare forskning

2.3.1 Behandling av dubbeldiagnos

Det finns idag inga evidensbaserade metoder för behandling av individer med dubbeldiagnos utan det som rekommenderas är metoder som visat positiv effekt vid behandling av missbruk och psykisk störning (Socialstyrelsen, 2007-102-1). I forskningen framkommer många faktorer som kan påverka resultatet av en behandling för individer med dubbeldiagnos förutom själva metoden. Tiden i behandling anses till exempel avgörande för hur väl individen kan hantera sin livssituation efter utskrivning (Gerdner & Sundin, 1998). Det kan ta upp till ett och ett halvt år innan en förbättring kan påvisas och den stabila positiva utvecklingen kommer först efter cirka två år (Öjehagen, 1998). Dessutom har forskare visat att det som krävs för ett positivt resultat är långsiktig behandling, det vill säga ett år eller längre, med olika motivationsstrategier på olika stadier (Drake et al, 2001). Detta har också visat sig vara samhällsekonomiskt lönsamt (Nopus Nytt, 2008).

Meuser och Kavanagh (2001) anser att det krävs att behandlingen utgår från den enskildes personliga målsättningar snarare än de som finns hos behandlare eller i själva programmet för

att behandlingen ska leda till en bestående förändring. Dock visar det sig ofta finnas ett glapp mellan teori och praktik, till exempel när det gäller att utforma individuella behandlingsplaner (Levin, 2003). Planerna är olika, men behandlingen visar sig ofta vara lika för alla. Detta förklaras bland annat med att just tiden för vistelsen är obestämd vilket gör det svårt att lägga upp en planering. I Claes Levins forskningsprojekt (2003) framkommer till exempel att oviss behandlingstid liksom att klienten inte förstår syftet med behandlingen påverkar behandlingseffekterna negativt. Vidare påtalar Levin att förväntningarna på behandlingen kan skifta beroende på vem man frågar.

Agneta Öjehagen har gjort en femårsuppföljning åt Socialstyrelsen (2004-123-11) av försöksverksamheter för individer med dubbeldiagnos i samband med psykiatrireformen. Det visade sig då att denna grupp fortfarande hade behov av stöd och behandling inom flera områden, främst gällande psykiska problem, alkoholproblem, sysselsättning och fysisk hälsa. Resurser som i studien har visat sig bidra till förbättring för den enskilde individen är kunnig personal som använder evidensbaserade behandlingsmetoder, ordnat boende, sysselsättning och somatisk sjukvård. Avgörande är också att i planeringen och målsättningen ha med långsiktiga lösningar på hemmaplan. Även vid en tvåårs-uppföljning av SiS-missbrukarvård (Larsson & Sagraeus, 2005), av såväl frivilligt vårdade som tvångsvårdade, visade det sig att de faktorer som hade störst betydelse för förbättring av missbruket var deltagande i eftervård. Det kunde här handla om hjälp med familjerelationer, psykiska problem, fysisk hälsa, fritid, ekonomi och boende. De som klarade sig bäst efter behandling var de som hade social stabilitet, såsom planerad eftervård, egen bostad eller kontakt med socialsekreterare.

2.3.2 Mål

Enligt Gunilla Cruce (2008) bör målet med behandlingen framför allt vara att stärka individens kognitiva och sociala funktioner. Hon betonar även att det är viktigt att ta hänsyn till individens egna önskemål. Viktiga mål för rehabilitering är enligt Cruce (2008) upplevelsen av mening och delaktighet. Hon menar att det som bidrar till effektiv behandling är att se individen som medagerande i rehabiliteringen och att insatserna anpassas till den enskildes förutsättningar och behov. Just dessa faktorer menar Antonovsky (2005) lägger grunden för känsla av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet som i sin tur påverkar en individs KASAM. Flera forskare hänvisar till att KASAM har förhöjts efter behandling av

kroniska cannabisanvändare och vid familjeterapi (Gerdner & Sundin, 1998; Hansson & Olsson, 2001). Känslan av sammanhang kan också ligga till grund för individens vårdbehov då forskning visat att individer med lågt KASAM har större omvårdnadsbehov och kräver därmed längre tid i behandling (Ekblad, 1998).

Markström (2003) menar att en svårighet när det gäller behandling av individer med dubbeldiagnos är att skilda yrkeskategorier har olika språk, värderingar och fokus. Det kan bland annat bero på olikhet i utbildning vilket påverkar synen på klienten och på sin egen uppgift. Detta menar Markström kan skapa problem när målet med behandlingen ska formuleras. Skilda målsättningar hos parterna kan också påverka resultatet av behandlingen då diffusa eller olika mål skapar svårigheter att uppnå målet och att veta när det är nått (Tengvald, 2003). Det framkom vid Socialstyrelsens uppföljning (2004-123-11) att personalen som arbetat med de utvärderade samverkansprojekten kring individer med dubbeldiagnos fortfarande upplever vissa problem när det gäller ansvarsfördelning, olika synsätt på missbruk och vad som ska åtgärdas först.

När det gäller diagnoser finns både fördelar och nackdelar. En fördel med att få ställt en diagnos kan vara att det blir lättare för alla parter att hitta rätt behandlingsmetod och arbeta förebyggande då det blir tydligt vilka behov som finns. Detta underlättar således den fortsatta planeringen. Det som dock kan ifrågasättas är om behandlingen enbart ska grunda sig på en diagnos, då diagnosen kan skifta beroende på vem som ställer den och dessutom anses vara föränderlig över tid (Cullberg, 2005). Bengt Svensson (1996) menar att den etikett som behandlingspersonal tilldelar klienterna är förvånansvärd då den bidrar till en negativ social identitet. Öjehagen (1998) menar däremot att utredning och diagnos är nödvändig för att kunna planera behandlingen.

2.3.3 Behandlingshem som metod

Forskningen har visat på nedslående resultat vid intensiv behandling i kontrollerad miljö och att bättre behandlingsresultat uppnås genom ett allsidigt, integrerat öppenvårdsprogram. När det gäller behandlingshemsvistelse tyder forskningen på att den framgång som sker där beror på minskad tillgång till droger och det finns väldigt få belegg för att det sker en bestående förbättring (Drake et al, 2001). Den största utmaningen har visat sig vara att behålla den

framgång som skett på behandlingshemmet efter utskrivning (Evans, 1998). Bengt Svensson (1996) förklarar detta med att behandlingens mål är att anpassa individen till samhällets normer. Detta mål anser han är ett problem då den nya identiteten som formats på institutionen ofta går förlorad när individen återvänder till sin hemmiljö. Även Meuser och Kavanagh (2001) menar att det finns tydliga bevis på att miljön påverkar behandlingsresultatet och därmed anses kortsiktiga boendialternativ ineffektiva.

Vid en konferens för socialtjänst och forskning i Göteborg (2003) redovisade Claes Levin en del forskning kring behandling. Han påpekade att resultaten som uppnås inom institutionen avklingar när klienten skrivs ut. Detta förklarade Levin (2003) med att beteendet inom institutionen styrs genom yttre kontroll och därmed går förlorad så snart kontrollen försvinner. Han menar dessutom att det ofta framkommer ett officiellt mål, resocialisering, men där det inte sällan visade sig att behandlarna egentligen tvivlade på att klienterna verkligen skulle ha en chans i samhället efter behandling. Det bakomliggande syfte som låg till grund för placering på institution visade sig vara isolering från samhället. Levin menade vidare att det som eftersträvas vid en institutionsplacering är en anpassning till institutionen och inte till verkligheten och att det ibland finns en tanke om att placeringen i sig är behandlingen. Syftet anses uppnått när klienten är placerad och evidensbaserade metoder, uppföljningar och resultatundersökningar anses därmed inte behövas. Enligt Levin har det visat sig att insatser på låst institution inte uppnått annat än att skydda individen från skada och att ge en tids trygghet och lugn och ro. Vistelse på institution bör därmed ses som en tid för planering av meningsfulla insatser. Vidare visar det sig ofta vara trycket utifrån på socialsekreterarna att placera och ”göra något” som motiverar en placering (Levin, 2003). Å andra sidan menar Drake (2007) att behandlingshemsvistelse under en längre tid kan ge positiv effekt för dem som inte klarar av öppenvård. Något som också framkommer i undersökningar är att institutionspersonalen ofta uttrycker att socialtjänsten har alltför dålig planering inför utskrivning och att socialtjänsten klagat på att personalen på institutionen har bristande intresse inför utskrivningen. Många klienter visade oro inför utskrivningen och hur de skulle kunna behålla sina framsteg ute i samhället (Meuser & Kavanagh, 2001).

3. Analys

3.1 Empiri och analys

Vi har fingerat namnen på klienterna och kallar dem Per, Eva och Kim. Per har vistats på Korsaröd under ett års tid och anses vara utskrivningsklar. Eva har vistats på Korsaröd cirka tre månader och Kim endast två veckor. Dessutom kan nämnas att Eva avvek cirka tre veckor efter vår intervju. De två socialsekreterare och den terapeut som inte är knutna till någon klient benämner vi S1, S2 och T1. Den intervjuade personalen på Korsaröd har vi valt att kalla terapeuter oavsett utbildning och yrkestitel.

3.1.1 Målet med behandlingen

Per

Per förklarar att han hade inget mål när han kom till Korsaröd men att målet nu är att klara av att förbli nykter.

Pers terapeut betonar att målen består av ett drogfritt liv, men även av utredning, diagnos och medicinering. Terapeuten uttrycker att målet även är att Per ska lära sig hantera sina psykiatriska problem. Detta menar hon fås genom social träning som bland annat stärker hans självförtroende så att han kan fungera socialt och få ett liv med en meningsfull sysselsättning.

Pers socialsekreterare menar att det framförallt var utredning som var målet med behandlingen genom att det ger insikt i vilken hjälp Per behöver. Socialsekreteraren nämner även stabilisering i nykterhet samt drogfrihet som en del av målen. Socialsekreteraren säger vidare att nya mål har tillkommit i form av till exempel ledsagare och ordnat boende för att hjälpa Per med den psykiatriska ohälsan.

Analys

Det alla parter är överens om är att drogfrihet är målet. Det som kan ses som skillnader mellan de olika parterna är att Per och hans terapeut främst talar om en inre förändring medan socialsekreteraren främst talar om yttre faktorer för att nå målet med behandlingen.

Socialsekreteraren talar om ledsagare och andra praktiska lösningar då terapeuten talar om att stärka självförtroendet via social träning. Att känna hanterbarhet är enligt Antonovsky (2005) en viktig faktor för att uppnå en känsla av sammanhang och därmed må bra och fungera väl. Gunilla Cruce (2008) menar att det primära målet med behandlingen bör vara att stärka individens kognitiva och sociala funktion vilket endast terapeuten nämner. Medicinering och utredning är ytterligare mål som nämns av terapeuten. Det sistnämnda målet betonas även av socialsekreteraren medan Per inte nämner något av dessa mål. Olikhet i målformuleringen förklarar Becker (2006) med att parterna ser olika på avvikelse och till följd av detta har olika målsättningar trots att det rör sig om samma klient.

Eva

Enligt Eva hade hon inga mål när hon kom till Korsaröd men nu är hennes främsta mål att ” jag ska bli ren, jag ska lära mig hantera min ångest. Jag sätter upp nya mål för mig själv som jag klarar av att passera”.

Evas terapeut menar att det viktigaste målet är att hjälpa klienterna att uppnå drogfrihet och jobba så mycket det går med den psykiatriska ohälsan genom att ge tips och strategier, samt att ordna det på hemmaplan. Hon säger också att om klienten har problem som behöver bearbetas en längre tid är kanske inte Korsaröd den rätta platsen. Vidare försöker de individanpassa och inte behandla mer än vad klienten själv önskar och inte heller sätta igång något de inte har möjlighet att slutföra. Terapeuten uppger att de oftast har begränsat med tid vilket också styr målet med behandlingen då de inte kan jobba med allt.

Evas socialsekreterare uppger att målen är att Eva ska vara nykter och drogfri och lära sig leva ett liv utan droger och alkohol. Detta menar hon att Eva ska uppnå genom terapi och kunskap om droger och sin psykiatriska problematik samt få verktyg till att kunna handskas med detta.

Analys

När det gäller Eva är alla parter överens om drogfrihet. Terapeuten nämner drogfrihet och att hantera den psykiatriska ohälsa som två lika viktiga mål, medan socialsekreteraren endast nämner drogfrihet och nykterhet som mål. Hon tar dock upp att ett sätt för Eva att nå drogfrihet är att lära sig strategier för att handskas med sin psykiatriska problematik. Detta kan ses som olikheter i sättet att betrakta problemet, om det är missbruket eller den

psykiatriska problematiken som är grundorsaken till problemet. Dessa olikheter i synsätt angående dubbeldiagnos är enligt Socialstyrelsens rapport (2004-123-11) vanligt förekommande. Att inte behandla mer än klienten önskar kan förstås utifrån ett salutogent perspektiv (Antonovsky, 2005) då känslan av hanterbarhet och meningsfullhet fås genom krav efter förmåga och medbestämmande.

Kim

Kims mål är enligt honom själv att "bli drogfri och längre fram då få jobb och leva ett vanligt 'svenssonliv'". Han säger vidare att han även vill få det praktiska ordnat på hemmaplan, i form av eget boende och sysselsättning. Kim uppger att utredningen var ett krav för att få vistas på Korsaröd och att han själv ville det.

Kims terapeut nämner att målet för Kim är att leva ett "svenssonliv", få ett ordnat liv, eget boende samt vara självförsörjande. I målet ingår även att ge Kim motivationen, verktygen till att bli drogfri och kunna gå vidare och insikt i varför han använder droger. Terapeuten menar att drogfrihet är det gemensamma målet för klienterna, men säger vidare "Ja, alltså drogfrihet, det är ju önsketänkandet. Om man tittar realistiskt på det, så vad är det önskat att de kan uppnå? Att de kanske någon gång tar något återfall, men att de mår bra". Han förklarar detta med att det ibland är tillräckligt med att få klienten motiverad så att de kan tänka sig söka behandling en gång till vid ett eventuellt återfall. Just drogfrihet är enligt terapeuten det mål som socialtjänsten oftast eftersträvar.

Kims socialsekreterare anser att det primära målet är att göra en utredning och få ställt en diagnos. Hon nämner även drogfrihet och att ge Kim verktyg för att kunna gå vidare, ett ordnat liv, eget boende samt att bli självförsörjande som en del av målet.

Analys

Att Kim, terapeuten och socialsekreteraren här har olika sätt att se på målet angående drogfrihet kan förklaras med att de utgår från sitt eget perspektiv och egna värderingar (Markström, 2003). Att terapeuten har en mer pessimistisk syn på drogfrihet förklarar Becker (2006) med att detta kan vara ett sätt för institutionspersonal att försvara sitt arbete. Att Kim svarar motsägande på frågan kring utredning kan förklaras utifrån att en diagnos kan vara både positivt och negativt för individen (Cullberg, 2005; Becker, 2006). En fördel är att det blir lättare att finna den behandlingsmetod som matchar klientens förutsättningar. En nackdel

kan däremot vara risken för att individen förknippas enbart med etiketten och det kan även bli en självuppfyllande profetia (Becker, 2006).

Ej knutna till klienter

Enligt socialsekreteraren S1 är målen med behandlingen individuella och sätts upp utifrån ett helhetsperspektiv där det kan handla om boende, ekonomi samt annat som klienten vill förändra. Ytterligare mål med behandlingen, som S1 nämner, är att klienten ska jobba med drogfriheten och lära sig hantera den psykiska ohälsan samt att klienten ska klara sig självständigt.

Enligt socialsekreterare S2 kan målet med placering på Korsaröd till exempel vara utredning samt åtföljande diagnos. Detta för att få reda på vilka förutsättningar och hinder klienten har för att ta till sig en behandling och för att kunna planera klientens behandling därefter.

Terapeut T1 anser att målen alltid är individuella. Hon menar vidare att socialtjänsten och behandlingshemmet inte alltid är överens om vad målet är då socialtjänsten ibland vill mycket, medan behandlingshemmet anser att de inte hinner jobba med allt. Hon menar att det grundläggande målet är att klienten ska ha det bra när de skrivs ut genom att de till exempel ska ha ett ordnat boende. T1 menar ändå att målen i stora drag är drogfrihet, att klienten ska delta i behandlingen och minska sin psykiatriska problematik. T1 menar vidare att det primära målet ibland är utredning, men att detta är en kostnadsfråga då det enligt T1 kostar något mer än behandling.

Analys

Att S1 och T1 menar att endast delmål kan uppnås på Korsaröd kan förstås utifrån Beckers (2006) teori om att förändring till konventionella beteenden sker successivt och därmed kan långsiktiga lösningar på hemmaplan vara en viktig del för att nå de uppsatta målen. I och med detta är endast delmål möjliga att uppnå på Korsaröd. Även Öjehagen (Socialstyrelsen, 2004-123-11) menar att fortsatt stöd på hemmaplan är avgörande för hur klienterna klarar sig efter behandling. T1 nämner att en del av målet är att klienten ska ha det bra när han/hon kommer hem vilket stöds av Levin (2003) som menar att en del av målet med behandlingshemsvistelse bör vara att planera hemmaplanslösningar. Levin anser även att målen till viss del styrs av tiden i behandling och menar att just oviss behandlingstid gör det svårt att sätta upp mål, planera och utforma individuell behandling.

Det vi kan se av målformuleringarna är att de flesta socialsekreterare har drogfrihet som mål, medan flera terapeuter menar att målsättningen är att klienten ska må bra. Att vissa socialsekreterares mål kring klienterna är mer allmänt formulerade än terapeuternas kan förklaras med att klienterna lättare blir ett objekt för socialsekreterarna eftersom de inte har en daglig kontakt med sin klient (Goffman, 1961). Det kan även bero på att de utifrån sin yrkesroll har ett annat perspektiv vilket forskningen pekar på som vanligt förekommande, då utredningar visar att skilda yrkeskategorier har olika fokus, värderingar och språk (Markström, 2003).

3.1.2 Uppnås målen?

Per

Per tror att han i nuläget klarar av att fortsätta vara nykter och säger vidare ”nu har jag blivit stark i tron på mig själv att jag kan vara nykter [...] Jag har börjar inse vilket slöseri det är med livet [...] så har jag fått insikt i hur farligt det är att knarka”. Per menar att varken vårdplan eller uppföljningar har genomförts.

Terapeuten menar att de på Korsaröd kanske uppfyller de mål som finns nedskrivna men att det många gånger faller när klienterna återvänder till hemkommunen. Detta menar han beror på att det saknas den struktur och regler som finns på behandlingshemmet. Pers terapeut nämner även att vägen till målet nås genom att ordna det praktiska på hemmaplan. Enligt terapeuten görs vårdplan och uppföljningar med socialtjänsten.

Pers socialsekreterare menar att målen redan är uppnådda, i form av utredning, stabilisering i nykterhet och drogfrihet. Socialsekreteraren menar även att den hjälp Per nu behöver är lösningar på hemmaplan och han hoppas kunna ordna det tills Per skrivs ut. Socialsekreteraren uppger att det har gjorts två till tre uppföljningar.

Analys

Drake et al. (2001) menar att uppnådd drogfrihet under institutionsvistelse kan förklaras med minskad tillgänglighet av droger. Med tanke på detta kan det vara svårt att avgöra om målet uppnåtts innan Per har flyttat hem då han inte har tillgång till droger så länge han vistas på Korsaröd. Det som är noterbart är att Per uttrycker sig med en språklig jargong som även flera

terapeuter och socialsekreterare använder sig av under intervjuerna. Det kan tolkas som att vistelsen på behandlingshemmet gett honom nya insikter och värderingar, men kan även tyda på anpassning till institutionen (Goffman, 1961). Ett uppnått mål kan därmed vara att klienten har kommit till ”insikt” genom att ta över institutionens syn på honom. En fara med detta kan vara att individen inte längre känner igen sig själv och att denna nya identitet förloras när klienten återvänder till hemmiljön (Svensson, 1996). Becker nämner också att språket och medgörligheten ofta uppfattas av institutionen som att klienten nått mogenhet och god anpassning (Becker, 2006).

Eva

Eva känner att hon är på väg åt rätt håll, men menar att hon inte vet om det fungerar i praktiken förrän hon kommer hem på permissioner. Eva anser att det avgörande för att uppnå målen är stöd på hemmaplan och att det viktiga för henne är att få efterbehandling, vilket hon menar inte erbjuds på Korsaröd. Hon uppger vidare att hon inte vet om det gjorts någon vårdplanering.

Evas terapeut nämner att klienterna får jobba med sig själva hela livet och uppfyller därmed bara små mål på vägen och att det är upp till klientens subjektiva bedömning att avgöra om målen uppnås. Terapeuten anser även att lösningar och stöd på hemmaplan är avgörande för att Eva ska nå sina mål, men till viss del handlar det även om att på Korsaröd ge henne strategier för att kunna upprätthålla sin drogfrihet. Evas terapeut nämner också att miljöterapeuten gör en vårdplan.

Vid intervjun med Evas socialsekreterare, som skedde tre veckor efter intervjun med Eva, uppger socialsekreteraren att hon ansåg att Eva var på väg mot målen tills hon avvek. Socialsekreteraren menar att för att avgöra om målen uppfylls finns inga bestämda kriterier, utan bedömningen görs utifrån uppföljningar av vårdplanen tillsammans med behandlingshemmet. Evas socialsekreterare nämner varken efterbehandling eller lösningar på hemmaplan utan anser främst att målen framförallt ska uppnås på Korsaröd genom att Eva där får de verktyg hon behöver för att kunna hantera både sitt drogmissbruk och sin psykiska ohälsa.

Analys

Här tycks de inblandade parterna ha olika tankar kring när Evas mål är uppnådda. Terapeuten menar att det är Evas egen bedömning som ska avgöra. Socialsekreteraren nämner vårdplaneringen som viktig medan Eva uppger att hon inte vet om det gjorts någon vårdplanering. Det framkommer här att de talar om olika vägar för att nå målet. Parterna talar åter om både inre förändring och yttre stöd. Behandling som syftar till en inre förändring hos individen stöds bland annat av Antonovskys (2005) teori som menar att individens känsla av sammanhang avgör hur väl han eller hon hanterar livet. Att även yttre faktorer är viktiga för tillfrisknande stöds av undersökningar som visar på att ju mer praktiskt som är ordnat på hemmaplan desto bättre är förutsättningarna för att behålla sina framgångar utanför institutionen (Socialstyrelsen, 2004-123-11). Trots detta nämns inte lösningar på hemmaplan av socialsekreteraren. Även Larsson och Sagraeus (2005) menar att fortsatt vård och lösningar på hemmaplan är en viktig del i att nå målet med behandling av individer med dubbeldiagnos.

Kim

Kim tror att han är på väg i rätt riktning men förklarar vidare att det är ett tag kvar och att man aldrig vet vad som händer. Kim nämner även stöd och fortsatt behandling på hemmaplan som det viktigaste för att uppnå sina mål. Med stöd menar Kim någon han kan lita på och prata med. Han säger också ”Det viktiga är att man får fortsätta behandlingen när man kommer härifrån. Så man kanske kan ringa och komma tillbaka, det känns som något som jag behöver.”

På frågan om målen uppnås svarar terapeuten att detta framgår genom att de har uppföljningar av vårdplanen, vilken görs av terapeuten och miljöterapeuten i dialog med klienten. Han säger vidare att nästan alla socialsekreterare erbjuds att delta då vårdplanen görs. Terapeuten nämner att han själv uppfyller sina mål med behandlingen utifrån sina arbetsuppgifter. Samtidigt nämner han att han inte vet om målen uppnås för klienterna då Korsaröd har lite dålig uppföljning och man inte kan veta om målen uppnåtts förrän klienten kommer tillbaka till hemmiljön. Med detta antar vi att han talar om kort respektive lång sikt. Viktiga faktorer för att uppnå målen med vistelsen på Korsaröd är enligt Kims terapeut att klienten får verktyg, kunskap om sig själv samt har börjat ifrågasätta.

Socialsekreteraren säger att för att veta om målen uppnås gör hon uppföljningar med Kim och hans kontaktperson på Korsaröd samt läser den utredning som gjorts. Socialsekreteraren

nämner även utslussning som ett viktigt steg för att nå målen och att allt Kim behöver ska vara ordnat tills han skrivs ut och menar att Korsaröd förmedlar vad Kim behöver. Det socialsekreteraren vidare nämner är att Kim uppnår målet genom att vistas på Korsaröd och få möjlighet att bearbeta tidigare händelser i livet.

Analys

Vid intervjuerna kan ingen av parterna svara på om målen uppnås med anledning av att Kim endast varit på Korsaröd två veckor. Här framkommer dock att de inblandade inte tycks vara helt överens om hur Kim ska nå sitt mål. Att Kims terapeut nämner att han uppnår målen med sitt arbete behöver inte betyda att det huvudsakliga målet för klienten är uppnått. Att parterna nämner så skilda faktorer som utslussning, fortsatt behandling och stöd på hemmaplan, bearbetning av tidigare händelser och att ge Kim verktyg kan bero på att Kim är under utredning och någon vårdplan ännu inte gjorts. Cruce (2008) menar att det är väsentligt för att uppnå optimalt resultat att insatserna anpassas till individens förutsättningar och behov samt utgår från individens önskan. Även om de menar samma sak kan det vara svårare att uppnå målen då man uttrycker sig på skilda sätt, vilket i sin tur kan tolkas olika (Tengvald, 2003). En möjlig faktor som skulle kunna orsaka diskussion kring målet är att socialsekreteraren talar om bearbetning av tidigare händelser medan Evas terapeut menar att Korsaröd inte är rätta platsen för klienter med problematik som kräver en längre tids bearbetning.

Ej knutna till klienter

Socialsekreterare S1 menar att ”behandlingshemmet i sig är ju ofta bara ett delmål. Det stora arbetet börjar ofta när de kommer ut från behandlingshemmet [...] men givetvis blir det ju så att det blir delmål som är uppfyllda [...] att man ska vara så stabil att man kan hantera en öppenvård”. Hon tillägger att det kan ta år av rehabilitering för att alla mål ska uppnås. Hon anser också att man kan arbeta med motivationen på hemmaplan för att klienten ska kunna arbeta med ren behandling när han/hon kommer till behandlingshemmet. På frågan om målen uppnås menar S1 att det inte finns några bestämda kriterier, utan det avgörs i samråd med klienten och Korsaröd. S1 säger att hon gör en plan för behandlingshemsvistelsen med klienten och gör därefter uppföljningar ungefär var sjätte vecka.

Socialsekreterare S2 menar att målen på Korsaröd nås genom att de arbetar med just dubbeldiagnoser. Det uppdrag han tidigare gett Korsaröd var att göra en neuropsykiatrisk utredning och detta mål menar han har uppnåtts. S2 uppger att ”när jag placerar en klient så

skriver jag tillsammans med klienten och behandlingshemmet en arbetsplan. Och där beskriver vi huvudmålet med placeringen och sen beskriver jag olika delmål som gör att man uppfyller det huvudsakliga målet. Det är så jag utvärderar om man har uppfyllt målet med placeringen”.

Terapeut T1 nämner att utredning kan vara en väg mot målet då det underlättar för socialsekreteraren att få igenom förlängning av behandlingshemsvistelse. För att veta om målen uppnås gör Korsaröd upp en individuell arbetsplan och utifrån den gör de utvärderingar vilka de översänder till socialtjänsten.

Analys

Här framkommer att parterna har olika mål och förväntningar med placeringen på Korsaröd och hur de ser på sin egen roll. Detta överensstämmer med Levin (2003) som påvisat att förväntningar kring behandling kan skilja sig mycket mellan olika parter och att effekten av behandlingen blir optimal först om alla inblandade kan enas om vad syftet är. Ett viktigt hjälpmedel i att nå målet med behandlingen som nämns av socialsekreterare och terapeuter tycks vara vårdplan och uppföljningar. Ingen av klienterna vet dock om någon gemensam plan för behandlingen har gjorts. Det framkommer tydligt att det inte finns några gemensamma kriterier för att avgöra om målen med behandlingen har uppnåtts. Det är en bedömning som görs mellan alla parter men åsikterna om när målen har uppnåtts kan skilja sig åt.

3.1.3 Utskrivningsklar

Per

Det Per anser som avgörande för att kunna skrivas ut från Korsaröd är att han själv nu har viljan att vara drogfri. Per menar att han känner sig redo att skrivas ut i nuläget, men väljer ändå att stanna kvar. På frågan om varför han stannar säger han att han inte riktigt vet varför. Per är även insatt i att lösningar på hemmaplan ska ordnas och säger ”hon (min terapeut) säger att hon vill först att allting ska vara klart i X-stad [...] med urinprover och sånt.”

Pers terapeut menar att det avgörande är att Per nu har viljan att vara drogfri. Han anses dessutom vara utskrivningsklar eftersom han nu klarar sin vardag och kan planera och se framåt lite. Han kan också bättre hantera sina psykiska besvär. Men hon anser också att lösningar på hemmaplan måste ordnas innan Per kan flytta hem. Hon säger vidare att hon ibland kan känna att det fallerar där.

Pers socialsekreterare styrs av Korsaröds bedömning av när Per anses utskrivningsklar, men måste även beakta kostnaden som avgörande för hur lång behandlingstiden kan bli. Enligt socialsekreteraren måste man i begreppet utskrivningsklar även väga in att det ska finnas någonting för Per på hemmaplan och säger att ”de (målen) är egentligen uppfyllda för länge sedan. Anledningen till att han är kvar är att vi ännu inte har lyckats utverka rätt hjälp här på hemmaplan”.

Analys

Pers tveksamhet inför att skrivas ut bekräftar den ambivalens och ångest som ofta drabbar klienter inom institutioner vid utskrivning (Goffman, 1961). Forskning visar på att många klienter visar ångest inför utskrivning och att de oroar sig för hur de ska klara av att behålla framgångarna på hemmaplan (Levin, 2003). Det kan förklara att inte alla anser att det bara är upp till den boende när han eller hon ska anses vara utskrivningsklar utan att det är en bedömning som görs tillsammans med alla parter.

Eva

Eva menar själv att hon behöver känna sig starkare och tro på att hon kan bevara sin nykterhet och hon säger att det till stor del styrs av om hon har efterbehandling på hemmaplan. Hon menar att det inte hade fungerat om hon bara slussades ut.

Någon form av terapeutisk stödkontakt anser Evas terapeut skulle behövas för att känna att de boende är utskrivningsklara. Hon menar att hon ibland tycker att klienterna har kommit en bit på väg och sedan finns det ingen i hemkommunen som fångar upp dem. I övrigt menar terapeuten att det inte finns några bestämda kriterier för när Eva ska anses vara utskrivningsklar utan det är upp till Evas egen subjektiva bedömning när målet är nått. Just att Eva ska ha varit drogfri en längre tid behöver enligt hennes terapeut inte vara avgörande för om hon kommer att fortsätta vara det, då terapeuten menar att tiden i sig inte har någon betydelse. Hon menar istället att det viktiga är att individen får strategier och lär sig handskas

med problemen. Evas terapeut nämner även att majoriteten av klienterna visar stor ambivalens inför utskrivningen.

Evas socialsekreterare nämner flera kriterier för när Eva ska anses vara utskrivningsklar. ” När målen i vårdplanen är uppfyllda bör man vara klar för utskrivning [...] att hon hade varit drogfri och nykter en längre period, att hon tillgodogjort sig den behandling som finns på Korsaröd, är motiverad till att fortsätta jobba med sin problematik. Att hon lärt sig andra strategier för att handskas med ångest och oro istället för att dricka alkohol”. Bedömningen görs enligt socialsekreteraren i samråd med terapeuten och klienten. De går då igenom målen och ser till helheten med Evas behov. Hon menar vidare att om behov föreligger är det vanligt att man ansöker om förlängd behandling och att hon då måste ta hänsyn till nämndens beslut.

Analys

Enligt forskning finns få belägg för att den förbättring som sker inom behandlingshemmet är bestående. Framgången förklaras istället med att individen under vistelsen har mindre tillgång till droger (Drake et al, 2001). Dessutom talar Goffman (1961) om risken för institutionalisering som gör det svårt att ta med sig de förvärvade kunskaperna till en ny miljö. Detta kan förklara terapeutens tankar kring att uppnådd drogfrihet på Korsaröd inte behöver betyda att målet är uppnått. Att ha en terapeutisk stödkontakt kan därmed eventuellt vara det stöd som behövs på hemmaplan för att behålla de framgångar man nått (Evans, 1998). Å andra sidan menar Drake (2007) att behandlingshemsvistelse under en längre tid kan ge positiv effekt för dem som inte klarar av öppenvård och kan leda till förändring även på sikt.

Kim

När det gäller Kim vet han inte själv vad som krävs för att han ska känna sig utskrivningsklar, men menar att stöd på hemmaplan är avgörande för om han klarar att uppnå sina mål. Han menar även att för att sluta missbruka krävs det att han jobbar hela tiden och att tiden i sig inte har någon betydelse för risken för återfall.

Enligt Kims terapeut finns det inte några bestämda kriterier för när en klient är utskrivningsklar utan han menar att det är helt individuellt. Han förklarar att ”man ser en så pass framgång hos klienten de gångerna att, det är så tydligt så man inte reflekterar över det”. Han säger vidare att Kim är utskrivningsklar när han börjar förstå hur den psykiatriska problematiken och missbruket hänger ihop, men att det även krävs att det praktiska är ordnat

på hemmaplan. Enligt terapeuten kan bedömningen om klienten är utskrivningsklar göras utifrån hur permissionerna har fungerat och menar att den verkliga nyckeln är att Kim kan applicera det han lärt sig på Korsaröd på hemmaplan. Detta förklarar han med att det hemma inte finns den struktur och det stöd som finns på behandlingshem. Han nämner också att problemet många gånger är att klienten vill skynda på när det väl är ordnat på hemmaplan och att behandlingshemmet då får bromsa lite.

Att det praktiska ska vara ordnat på hemmaplan håller Kims socialsekreterare med om och anser att behandlingshemmet förmedlar vad Kim behöver och att socialtjänsten ordnar så att det är klart tills han skrivs ut. Hon nämner även att det händer att klienter vill stanna kvar på Korsaröd trots att de anses vara utskrivningsklara. Detta förklarar hon med att det blir en trygghet för dem att vara kvar där.

Analys

Alla parter är här överens om att ett kriterium för att Kim ska anses vara utskrivningsklar är att det är ordnat på hemmaplan. Vad de olika parterna menar ska vara ordnat på hemmaplan är ovisst, men det framkommer av intervjuerna att det kan innebära allt från ordnat boende, regelbundna urinprover till terapeutiskt stöd. Behovet av just stöd och behandling för denna grupp har visat sig kvarstå under många år (Socialstyrelsen, 2004-123-11).

Ej knutna till klienter

Socialsekreterare S1 menar att det krävs att det är ordnat på hemmaplan för att en klient ska ses som utskrivningsklar, men också att klienten har nått psykisk stabilitet. Hon poängterar att utsluss är viktigt och menar att ju längre utslussen är desto bättre klarar klienten sig sedan, då det är väldigt sällan en klient är helt färdig efter behandlingshemsvistelsen. Hon uppger även att det har hänt att klienter velat stanna trots att de ansetts vara utskrivningsklara och hon säger vidare att det till stor del är ekonomin som styr.

Socialsekreterare S2 uppger att då det gäller klienter med dubbeldiagnos är det svårt att svara på när de är utskrivningsklara. Han menar att det alltid finns en planering efter behandlingshemsvistelsen. S2 menar att det inför utskrivning måste vara ordnat på hemmaplan, att klienten är missbruksfri och mer psykiskt stabil. S2 menar att det inte är ekonomin utan behovet som styr och säger att det inte har hänt att klienter har velat stanna på Korsaröd när han ansett dem vara utskrivningsklara.

Även Terapeut T1 anser att det ska vara ordnat på hemmaplan för att någon ska anses vara utskrivningsklar. Hon tillägger att ”vi har nu en kvinna här som varit här ett halvt år och så har man inte fixat någonting. Då känner man att kommunerna, de slänger ju inte ut det i sjön, men vad har kvinnan för chans att lyckas?”. T1 menar också att klienten ska ha nått insikt i sin problematik, kunna hantera och ha fått en förståelse för mediciner och till följd därav kunna ha en fungerande vardag. Hon uppger även att ekonomin till stor del avgör när en klient ska skrivas ut. Hon menar också att utredning kan underlätta för socialtjänsten att få förlängd behandling då det inte är lätt för en nämnd att avsluta en klient när problematiken är nedskriven på ett papper.

Analys

De flesta socialsekreterare och även terapeut T1 och Evas terapeut nämner att det till stor del är ekonomin som styr när någon skrivs ut vilket kanske inte alltid sammanfaller med att målet är uppnått. Att socialsekreterare S1, terapeut T1 och även Kims terapeut uppger att det händer att klienter vill stanna trots att de anses vara utskrivningsklara kan också kopplas till att ekonomin får styra och att klienten egentligen inte är redo att skrivas ut. En annan förklaring kan åter kopplas till den ångest som lätt infinner sig vid utskrivning (Goffman, 1961). Hemmaplanslösningar nämns av både S1, S2 och T1, men kan som vi tidigare nämnt innebära ett flertal olika saker. Alla parter tycks dock vara överens om att uppföljning på hemmaplan är nödvändigt för att klienterna ska kunna behålla den framgång de uppnått på Korsaröd. Två av klienterna nämner just hemmaplanslösningar som avgörande för att uppnå sina mål och samtidigt säger de och även tre av fyra terapeuter att det är just här det brister. Ingen av socialsekreterarna nämner detta som ett problem. Enligt Larsson och Sagraeus (2005) är lösningar på hemmaplan i form av till exempel eftervård och ordnat boende avgörande för hur väl man klarar sin vardag efter behandling. Dessutom har det visat sig att en avgörande faktor för hur väl klientens framgångar bibehålls efter institutionsvistelse är individens känsla av sammanhang vid utskrivningen (Berg & Andersen, 2001). Detta kan peka på att den förståelse och insikt som en del terapeuter och socialsekreterare talar om också är viktig.

Att klienten ska ha insikt i sin problematik respektive ha nått psykisk stabilitet kan å ena sidan betyda samma sak och att de intervjuade bara använder sig av olika formuleringar. Å andra sidan kan det faktiskt vara så att de menar olika saker då psykisk stabilitet och insikt inte nödvändigtvis behöver vara samma sak. Denna olikhet i språket kan vara en orsak till svårighet att enas kring ett mål med behandlingen och kan även göra det svårt att bedöma när

målet är nått (Markström, 2003). Enligt Levin (2003) är det även viktigt att under vårdplaneringen ha med insikten om att klienten själv ska förstå syftet med behandlingen.

3.1.4 Behandlingshem som metod

Per

Per menar att det varit viktigt med behandlingshemsvistelse för att få insikt och tror inte att han kunna nå detta via öppenvård.

Pers terapeut menar att för Per är behandlingshemsvistelse nödvändigt då behandling i öppenvård inte skulle varit tillräckligt. Hon menar att Per på behandlingshemmet får social träning och sysselsättning och att vistelsen här ger Per en möjlighet att tala med andra som har liknande problem. Terapeuten anser dock att det viktigaste med vistelsen på Korsaröd är utredningen och menar härmed att det ger Per en möjlighet att få veta vad som är ”fel” med honom.

Även socialsekreteraren anser att det viktiga med behandlingshemsvistelsen är möjlighet till utredning. Socialsekreteraren nämner även att det avgörande med att placera Per på Korsaröd har varit att de har dubbla kompetenser och dessutom ger Per en möjlighet att komma i från missbruket.

Analys

Alla parter är här överens om att vistelsen på Korsaröd har varit nödvändig för Per. De nämner dock olika syften med behandlingshemsvistelsen. Bland annat nämns utredning som centralt av terapeuten och socialsekreteraren, men inte av Per själv. Svensson (1996) menar att den etikett som följs av en diagnos bidrar till negativ identifikation och han ställer sig härmed frågande till att behandlingspersonal i stor utsträckning använder sig av dessa etiketter. Öjehagen (1998) menar däremot att diagnos är nödvändigt för att kunna planera behandlingen.

Eva

Eva nämner att det hon får på Korsaröd är att ”de kan hjälpa mig att sanera mina skulder och såna här grejer, det kommer jag väl att ha nytta av sen, men, ja de kan hjälpa mig att lära mig hantera min ångest och vad jag ska göra i vissa situationer”. Hon menar att de även fått henne att öppna ögonen och sätta upp mål. Eva anser dock inte att Korsaröd är rätt ställe för henne eftersom det är lika mycket sjukvård som behandling och att det går för långsamt fram.

Även terapeuten är osäker på om Korsaröd är det rätta stället för Eva, men säger att behandlingshem ibland kan ha en rent livräddande funktion. Hon menar emellertid att nackdelen med behandlingshemsvistelse för denna klientgrupp är att de är väldigt kontextberoende vilket gör att det klienterna lärt sig på Korsaröd är som bortblåst när de kommer till en annan miljö. Terapeuten betonar att det verkliga arbetet börjar när klienten lämnar Korsaröd. Hon anser därför att det är viktigt att arbeta med det praktiska såsom boende och sysselsättning samtidigt med behandlingen.

Socialsekreteraren menar att behandlingshemsvistelsen var en viktig faktor för att uppnå målen för Eva och tror inte hon kunnat nå dem i öppenvård. Hon menar också att behandlingshemmet är valt utifrån Evas behov och det ska mycket till för att få byta behandlingshem.

Analys

Att Eva nämner att hon fått hjälp med både yttre och inre faktorer motsäger Goffmans teori (1961) och Levins forskning (2003) som menar att institutioner ofta bara har ett förvarande syfte. Terapeuten och Eva tycks vara överens om att Korsaröd kanske inte är rätt ställe för Eva, vilket socialsekreteraren inte håller med om. Att förstå syftet med placeringen och att vara delaktig i utformandet av behandlingen är utifrån Antonovskys teori (2005) viktigt för att känna meningsfullhet och begriplighet. Även Cruce (1998) menar att de metoder som bidragit till positiv effekt av behandlingen är att klienten är delaktig i hela rehabiliteringen och att behandlingen är utformad utifrån den enskildes behov.

Kim

Kim menar att behandlingshemsvistelsen är mycket viktig för att han ska kunna uppnå sina mål. Vistelsen ger honom möjlighet att få komma hemifrån, få en fast punkt och möjlighet till lugn och ro.

Även Kims terapeut nämner att vistelsen på Korsaröd till viss del handlar om att få komma hemifrån och få lugn och ro. Han nämner även att behandlingshemmet ger verktyg, motivation, struktur och intensitet. Han menar också att behandlingshem kan vara bra inledningsvis.

Kims socialsekreterare menar att missbruket gör att Kim inte skulle klara av öppenvård.

Analys

Kim, terapeuten och socialsekreteraren tycks vara överens om att behandlingshemsvistelsen främst syftar till att skydda Kim från skada vilket forskningen visar ofta är det primära syftet (Levin, 2003). Levin menar också att en återkommande anledning till placering enligt tidigare undersökningar är att socialsekreteraren känner sig tvungen att göra något och att hon har ett tryck på sig utifrån att placera Kim på behandlingshem. Att socialsekreteraren säger att Kim inte skulle klara öppenvård tolkar vi som att på behandlingshem är Kim drogfri och kan därmed ta till sig behandlingen vilket han inte skulle kunna under pågående missbruk. En annan förklaring skulle kunna vara att öppenvården erbjuder mindre insatser och glesare kontakter och inte bygger på klientens förmåga i sig.

Ej knutna till klienter

Socialsekreterare S1 uppger att målen inte kan nås i öppenvård. Hon menar att intensiteten och strukturen i behandlingen är det viktiga i behandlingshemsvistelsen. S1 säger vidare att behandlingshemmet eftersträvar att ge klienten verktyg till drogfrihet och psykisk hälsa. Hon nämner även att man först prövar öppenvård och i sista hand behandlingshem och säger vidare att ”det handlar inte bara om kostnadseffektivitet när vi pratar om behovet och om de kan tillgodoses i öppenvården. Utan däremot att det finns mycket vunnet om man kan lösa så mycket som möjligt på hemmaplan för det är ju här livet ska vara.”

Även socialsekreterare S2 anser att ibland kan målen inte nås i öppenvård och menar att behovet och klientens önskan styr om behandlingen sker på behandlingshem eller inte. S2 förklarar att om ” jag bedömer efter min utredning att en klient behöver vård inom öppenvård så har vi i kommunen en öppenvårdsbehandling [...] sen har vi avtal med öppenvård i privat regi och det väljer man till exempel om klienten behöver en större insats”. S2 anser dock att den främsta anledningen till att han valde Korsaröd vid en tidigare placering var att få en utredning.

Terapeuten T1 menar liksom socialsekreterarna att målen inte kunnat nås i öppenvård. Hon nämner även att man först prövar öppenvård och i sista hand behandlingshem. Detta menar hon beror på att det är mycket billigare med öppenvård. T1 uppger också att kommunernas budget har blivit sämre och att vistelsetiderna nu ligger på cirka 5 månader. Detta gör enligt T1 att Korsaröd tilltalar då de arbetar med kognitiv terapi som innebär kortare behandlingstid i jämförelse med annan terapi vilket leder till att behandlingen blir mer kostnadseffektiv. Enligt T1 kan en primär orsak till placeringarna vara att få en utredning vilken kan underlätta för socialsekreterarna att få förlängd behandlingshemsvistelse för sina klienter.

Analys

Socialsekreterarna och terapeuten är överens om att målen med behandlingen ibland inte kan nås i öppenvård. Detta stöds till viss del av Drake (2007) som menar att behandlingshemsvistelse under en längre tid kan vara positivt för de individer som inte klarar öppenvård. Det kan dock även ifrågasättas då mycket pekar på att den framgång som sker under behandlingshemsvistelse inte är bestående (Goffman, 1961; Evans, 1998; Drake et al, 2001; Meuser & Kavanagh, 2001). Detta bekräftas även av Evas terapeut, som nämner att klienterna är väldigt kontextberoende. Det kan också vara vad S1 syftar på när hon förklarar varför hon i första hand väljer öppenvård. Kostnadseffektiviteten tycks också vara en av de avgörande anledningarna. Endast S2 anser att klientens behov är avgörande och inte kostnaden. De intervjuade socialsekreterarna har inte nämnt att just Korsaröds behandlingsmetoder har motiverat placeringen vilket kan förklaras av att en viss insats inte alltid ger samma resultat då individer är olika och fungerande metoder därmed är något relativt (Tengvald, 2003). Att just behandlingsmetoderna inte nämns som en anledning till placeringen förklarar Levin (2003) med att det ibland är institutionsvistelsen i sig som är målet och särskilda metoder eller uppföljningar ses inte som viktiga. Dessutom skriver Socialstyrelsen (2007-102-1) att det idag inte finns några evidensbaserade metoder för behandling av individer med dubbeldiagnos.

3.1.5 Delaktighet/överens

Per

Per anser inte att han har kunnat påverka varken val av behandlingsalternativ eller behandlingens utformning. Han menar att den enda möjlighet han har att påverka är genom att byta hus. Per menar vidare att de alla varit överens om målet med behandlingen förutom i början då han själv inte var motiverad.

Pers terapeut anser att Per har varit delaktig i behandlingens utformning och nämner att ”när man får komma hit till Korsaröd så får man skriva på att man tänker vara med på det här och det här och det här för det ingår i behandlingen”. Med detta menar hon att klienterna ska följa det förutbestämde schemat som gäller för huset. Terapeuten menar att klienterna även är delaktiga genom att de skriver på vårdplaneringen men också genom att de får uttrycka sina åsikter och personalen lyssnar. Terapeuten anser att alla inblandade parter är överens om målet med Pers behandling. Dock säger hon vidare att det inte alltid är på det viset. Hon menar att det händer att behandlingshemmet och socialtjänsten inte är överens vilket ofta beror på ekonomin eller att det inte är ordnat på hemmaplan.

Även Pers socialsekreterare anser att de är överens om målet kring Pers behandling, men säger liksom terapeuten, utan att precisera vidare, att detta inte alltid är fallet. Enligt socialsekreteraren har Korsaröd och Per styrt behandlingens utformning medan socialtjänsten inte alls påverkat detta. Han uppger att det inte har varit mycket dialog mellan parterna och att de haft två till tre möten på plats.

Analys

I detta fall tycks inte klienten själv uppleva medbestämmande eller delaktighet vilket enligt Antonovsky (2005) är viktiga faktorer för känslan av sammanhang. Även Cruce (2008) menar att de metoder som har visat sig effektiva är de som bygger på individens medbestämmande. Att alla i en grupp ska följa uppsatt schema i form av till exempel bildterapi, gruppterapi och så vidare kan bekräfta tidigare forskning som säger att de individuella behandlingsplanerna ofta mynnar ut i samma behandling för alla (Levin, 2003). Enligt Becker (2006) kan ett uttalat mål för terapeuter på behandlingshem vara att klienterna följer de uppsatta reglerna, som till exempel att de följer husets schema. Det som däremot är individuellt är avvägningen

av i vilket hus klienten ska placeras. Därigenom kan behandlingen anses vara individanpassad då varje hus har utformat behandlingen efter målgruppens behov. Terapeuten och socialsekreteraren nämner att de inte alltid är överens sinsemellan, men ingen av dem nämner att de inte alltid är överens med klienten. Det menar vi kan tyda på att det till största delen är vårdgivarna som formulerar målen och inte klienten.

Eva

Eva anser att hon fått vara delaktig och förklarar detta med att det är en del av hennes personlighet. Eva säger sig däremot inte veta om hon och socialsekreteraren är överens om målen då de inte haft kontakt mer än en gång sedan hennes ankomst till Korsaröd för cirka tre månader sedan. Eva säger vidare att hon vill byta behandlingshem, vilket hon inte är säker på att socialsekreteraren går med på.

Evas terapeut anser att Eva varit delaktig och även hon menar att det beror på Evas personlighet. Terapeuten håller med Eva om att ett annat behandlingshem eventuellt skulle passa henne bättre.

Även Evas socialsekreterare håller med om att Eva varit delaktig. På frågan om det vore möjligt för Eva att byta till ett annat behandlingshem svarar hon dock att det inte är möjligt. Socialsekreteraren menar däremot att de varit överens fram till nu, då Eva avvek.

Analys

Att terapeuten och Eva själv förklarar Evas delaktighet med att det är en del av hennes personlighet kan tolkas som att alla klienter inte är lika delaktiga. Det de inte är överens om i detta fall är att Eva vill byta behandlingshem. Om det beror på ekonomiska eller individuella faktorer att ett byte inte är möjligt framgår inte av intervjuerna. Goffman (1961) menar dock att det alltid finns en risk att specialister tar på sig en roll av att veta bäst vad som ligger i klientens intresse. Socialsekreterare S2 förklarar detta med att socialsekreterarna ibland måste ta på sig rollen som specialister eftersom klienten inte alltid har insikt i sin psykiatriska problematik. Forskningen visar däremot på att bäst resultat uppnås om man utgår från den enskildes personliga målsättningar och inte formar behandlingen efter behandlaren eller uppdragsgivarens mål (Meuser & Kavanagh, 2001). Den bristande dialogen mellan Eva och socialsekreteraren kan förklaras utifrån Goffmans teori (1961) om att patienten lätt blir ett

objekt och vi tänker oss att detta lättare sker för socialsekreteraren som inte har den dagliga kontakten med klienten.

Kim

Kim menar att han för första gången är överens med både socialsekreterare och terapeut och att han fått vara delaktig i utformningen av behandlingen. Han säger att han haft lite dialog med socialsekreteraren om målet med behandlingen och att han själv valt Korsaröd och kontaktat socialsekreteraren angående detta. Det är också första gången han själv verkligen vill gå i behandling och att han nu fått hjälp från alla håll.

Kims terapeut menar att klienterna är delaktiga i utformningen, men inte alla lika mycket. Terapeuten menar att ”i grund och botten är vi överens (terapeut, klient och socialtjänst) sen om vi har olika sätt att uttrycka det på. Jag tror att drogfrihet det är ju lätt att säga”. Terapeuten menar att oenighet mellan behandlingshemmet och socialtjänsten till stor del beror på resurser och ekonomi.

Även socialsekreteraren uppger att de alla är överens och att det är Kim själv som valt Korsaröd. För att veta om de är överens i fortsättningen anser Kims socialsekreterare att uppföljningar är viktiga. På frågan om vem som fäller det slutgiltiga avgörandet när någon är utskrivningsklar svarar Kims socialsekreterare att ”det kommer jag att göra tillsammans med behandlingshemmet [...] ja det är klart att han (Kim) måste vara med liksom i det hela”.

Analys

Att parterna här är överens, men ibland uttrycker sig olika, bekräftas av tidigare forskning (Markström, 2003) som bland annat menar att det kan bero på olika yrkesutbildning. Klienternas delaktighet i behandlingen kan enligt vad som framkommer av vårt material skifta bland annat beroende på deras personligheter.

Ej knutna till klienter

Socialsekreterare S1 nämner att klienterna är delaktiga då hon gör en plan för tiden på Korsaröd tillsammans med klienten och att hon gör uppföljningar var sjätte vecka. S1 anser att klient, Korsaröd och socialtjänst oftast är överens.

Även socialsekreterare S2 anser att klienterna är delaktiga då de tillsammans gör upp en arbetsplan och diskuterar varför man placerar och vad man vill uppnå. Sedan görs uppföljningar efter cirka tre månader. Det händer emellertid ibland att man inte är överens och detta förklarar han med att vissa klienter inte har insikt i sin psykiatriska sjukdom. Klienterna kan till exempel känna sig friskare än vad de är.

Terapeuten T1 menar att terapeuter, socialsekreterare och klienter inte alltid är överens. Detta menar hon oftast beror på oenighet gällande behandlingstid och att behandlingshemmet därmed inte hinner jobba med allt som socialtjänsten vill. T1 säger att socialförvaltningen köper tjänsten och kan ha önskemål men att det sedan är upp till Korsaröd att bedöma vad som är realistiskt. På frågan om de utgår från vad klienten säger vid utformningen av behandlingsplanen säger T1 ”ja och vad vi själv, mycket utifrån vad vi själva säger, men också vad klienten tycker är det viktigaste att jobba med”. Därför görs enligt T1 en vårdplan på Korsaröd inom två veckor. Behandlingsplanen görs av terapeuten i samråd med klienten och delges sedan socialförvaltningen.

Analys

Att S1 anser att parterna oftast är överens tänker vi eventuellt kan förklaras med att hon uppger att hon gör många uppföljningar. Det menar vi skulle kunna innebära att det blir lättare att diskutera sig fram till ett gemensamt mål. Det framgår att terapeuter och socialsekreterare har olika tillvägagångssätt när det gäller uppföljningar av behandlingen. Det kan variera från att uppföljningar sker var fjärde månad till var sjätte vecka. Utifrån vad klienterna Eva och Kim har sagt är det emellertid vanligt att socialsekreterarna inte hör av sig alls under behandlingshemsvistelsen. Detta visar på stora olikheter kring hur socialsekreterarna ser på sin uppgift kring klientens behandling. Terapeuterna och socialsekreterarna anser att klienterna är delaktiga och att de för det mesta är överens. Även om två av klienterna också anser att de har varit delaktiga i utformningen av behandlingen uppger de sig inte veta om någon vårdplan har gjorts.

3.2 Avslutande diskussion

Det framgår av vår undersökning att perspektiven kan skilja sig mellan terapeuter, socialsekreterare och klient. När de intervjuade terapeuterna och socialsekreterarna talar allmänt om målen med behandlingen och hur de ska uppnås nämner de ofta att de inte alltid är överens. Parterna i vår undersökning tycks till viss del löst problemet genom att om Korsaröd och socialtjänsten inte kan enas utformar Korsaröd vårdplanen. Det är som vi tolkar det en stor vinst med att överlåta all behandling av en individ åt en vårdgivare då en del av problemet kring individer med dubbeldiagnos är att enas kring behandlingen (Markström, 2003).

Vi uppfattar vidare att målen är diffusa och allmänt formulerade och vi menar att en anledning till detta kan vara att parterna inte är riktigt överens. Det som framkommer är att socialsekreterarna och klienterna har drogfrihet som mål medan terapeuterna anser att de har en mer realistisk målsättning. Denna stora skillnad angående målet med behandlingen kan enligt oss orsaka att klienterna kan ha svårt att nå det mål som satts upp. Vi tänker oss även att en orsak till att det är svårt för socialsekreterarna att få till stånd en behandlingshemsvistelse i socialnämnden kan vara att de sällan når målen med behandlingen. Detta kan i sådana fall vara ytterligare en anledning till att de mål som sätts upp bör vara realistiska och tydliga. För att kunna sätta upp relevanta mål nämner de intervjuade socialsekreterarna och terapeuterna att den utredning Korsaröd kan erbjuda är ett viktigt redskap för att förtydliga klientens behov. Detta är något som många socialsekreterare är intresserade av, men av ekonomiska skäl inte beviljas alla klienter.

Det som också framkommer i vår undersökning är att utformandet av en gemensam vårdplan och uppföljningar ses som ett bra hjälpmedel i att nå uppsatta mål. Det tycks emellertid finnas en del brister i hur väl alla är delaktiga i utformandet av vårdplanen och hur väl den följs upp. Ett syfte med denna vårdplan är att tydliggöra inför klienten vad målet med behandlingen är. Då klienterna i vår undersökning uppger att det inte gjorts någon vårdplan eller att de inte vet tänker vi oss att syftet faller. Andra oklarheter är vem som är delaktig i vad. Vi tolkar att socialsekreterarna ibland är delaktiga och ibland inte. Även hur väl klienterna är delaktiga i utformandet av vårdplanen skiftar. Dock menar två av tre klienter att de varit delaktiga på olika sätt. Även om vi anser att bättre rutiner kring vårdplan och uppföljningar skulle kunna

förtydliga behandlingens mål och underlätta vägen dit menar vi ändå att det redan nu är positivt att klienterna upplever delaktighet i behandlingen. Detta menar vi kan vara resultatet av att Korsaröd har en fungerande dialog med klienterna. I de intervjuer som gjorts angående en specifik boende framkommer att parterna vid tillfället för intervjuerna är överens. Detta tycks inte alltid vara fallet då framförallt terapeuterna uttrycker att viss oenighet förekommer när de talar allmänt om syftet med behandlingen. Denna skillnad kan eventuellt förklaras med att de terapeuter, klienter och socialsekreterare som är knutna till varandra inte kan förbli helt anonyma i vår undersökning och av den anledningen inte vill stöta sig med varandra. Den oenighet som kan uppstå tycks främst handla om tiden för behandlingshemsvistelsen vilket terapeuterna menar har sin grund i ekonomiska faktorer. Att endast en socialsekreterare uppger att oenighet med klienten kan förekomma anser vi är märkligt då denna klientgrupp inte alltid har insikt i sin problematik. Detta tänker vi kan bero på att det till största delen är vårdgivarna som utformar målen för behandlingen.

Just kring utskrivningen finner vi många svårigheter. Först och främst anser en av de intervjuade att klienten själv ska bedöma när han/hon är utskrivningsklar, vilket vi ser kan vara en svårighet med anledning av många klienters ambivalens inför utskrivningen (Goffman, 1961). Dessutom nämner parterna ibland olika kriterier och använder även olika uttryck för vad som krävs för att klienten ska anses utskrivningsklar. Ytterligare har de även att ta hänsyn till ekonomin som i de flesta fall tycks vara den avgörande orsaken till utskrivning. Detta tyder på att det som ligger till grund för att klienten skrivs ut inte alltid är att målet är uppnått. Till sist kan en anledning till diskussioner kring utskrivningen enligt oss vara svårigheten att avgöra när målen är uppnådda då det i vår undersökning visar sig att målen ofta är generellt formulerade. Det som emellertid de flesta tycks eniga om är att ett kriterium för att vara utskrivningsklar borde vara att lösningar på hemmaplan är ordnade. Detta tycks dock inte alltid vara så lätt att genomföra. Undersökningar visar på att det ofta råder oenighet inför utskrivningen då institutionspersonalen och socialsekreterarna skyller på varandra när det brister i planeringen inför hemkomsten (Meuser & Kavanagh, 2001). Detta är inte något som framkommer särskilt tydligt i vår empiri. Här tänker vi att en förklaring till detta kan vara att de intervjuade inte vill stöta sig med varandra då de är medvetna om att respektive socialsekreterare och behandlare eventuellt kan utläsa vem som har sagt vad. I annat fall får vi anta att ansvarsfördelningen är tydligt uppgjord mellan Korsaröd och socialtjänsten. Terapeuterna nämner dock att de önskar bättre uppföljning på hemmaplan vilket till viss del kan tyda på detta. Vi uppfattar att de inblandade i vissa fall tycks lägga

huvudansvaret på den andre. Till exempel nämns av alla terapeuter just eftervård och hemmaplanslösningar som väsentligt för att uppnå målen. Socialsekreterarna tycks i större utsträckning mena att målen ska nås på Korsaröd.

I vår undersökning framgår att den placerande enheten oftast endast beviljar tre månader åt gången och att vistelsetiderna i snitt ligger på fem månader. De flesta socialsekreterare och terapeuter tycks vara överens om att behandlingshemsvistelse är nödvändigt för vissa klienter trots den korta behandlingstiden. Detta menar vi är förvånansvärt med anledning av att forskningen visar på att det endast för en liten del är positivt och detta under förutsättning att vistelsen sker under en längre tid (Drake, 2007). Det kan i viss mån tyda på att socialtjänsten inte har några alternativ och att det fortfarande finns en osäkerhet i hur individer med dubbeldiagnos bäst behandlas. Det alla parter också tycks vara överens om är att den framgång som uppnås på behandlingshem är svår för klienten att bevara vid hemkomsten. Då det framkommer att denna grupp är mycket kontextberoende menar vi att lösningar på hemmaplan är en god idé. Så länge alla parter är överens om att behandlingshemsvistelse är bra tänker vi oss ändå att det, framförallt för denna grupp, kan vara en vinst i att en stor del av hjälpen samlas hos en vårdinstans. Dessutom, som en terapeut säger, kan man ha sått ett frö även om man inte har nått ända fram.

De slutsatser vi kommit fram till i vår undersökning är att det skulle behövas klarare och tydligare mål kring behandlingen och att kriterierna för utskrivning borde göras mer konkreta. Vidare skulle tydligare rutiner kring utformandet av vårdplan och uppföljningar kunna underlätta behandlingen och att nå dess mål. Vi anser även att alla parter här kan vinna på att göra klienterna mer delaktiga. För att uppnå målen med behandlingen borde lösningar på hemmaplan utvecklas då det tydligt framkommer att det ofta är i hemmiljön det faller. En annan anledning till att mer resurser borde tilldelas hemmaplanslösningar är att utredning och diagnos syftar till att tydliggöra individens behov och därmed anser vi att det i förlängningen också måste finnas resurser att möta dessa behov.

4. Källförteckning

Antonovsky, Aaron (2005) *Hälsans mysterium*. Andra utgåvan.
Stockholm: Natur och Kultur.

Becker, Howard S. (2006) *Utanför. Avvikandets sociologi*. Lund: Arkiv förlag.

Berg, Elisabeth (2008) ”Att samarbeta över organisationsgränserna – några teoretiska reflektioner” I Elisabeth Berg (red.) *Regionala samarbetsprojekt i Norrbottens Län – socialtjänsten, psykiatrin och primärvården*.
<http://epubl.ltu.se/1402-1528/2008/03/LTU-FR-0803-SE.pdf> (2008-09-08).

Berg, John E & Andersen, Steinar (2001) “*Mortality 5 Years After Detoxification and Counseling as Indicated by Psychometric Tests*”. Artikel i *Substance Abuse*, Vol. 22, No.1, 2001.
<http://springerlink.metapress.com.ludwig.lub.lu.se/content/p437295277u77j82/fulltext.pdf>
(2008-10-15).

Cruce, Gunilla (2008) *Riskbruk och beroende av alkohol, narkotika och tobak hos personer med svår psykisk sjukdom. Förekomst och återhämtning*. Lund: Institutionen för kliniska vetenskaper.

Cullberg, Johan (2005) *Dynamisk psykiatri i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur.

Denscombe, Martyn (2000) *Forskningshandboken - för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Drake, Robert E (2007) ”Dual diagnosis”. *Psychiatry*.vol. 6 (9), s. 381-384.
http://www.sciencedirect.com.ludwig.lub.lu.se/science?_ob=MImg&_imagekey=B82Y7-4PN7KJV-91&_cdi=33051&_user=745831&_orig=search&_coverDate=09%2F30%2F2007&_sk=999939990&view=c&wchp=dGLzVlz-

zSkWz&_valck=1&md5=86b22680ea24a9a30d1c16aaefe509b5&ie=/sdarticle.pdf
(2008-09-09)

Drake, Robert E; Mercer-McFadden, Carolyn; Meuser, Kim T; McHugo, Gregory J & Bond, Gary R (2001) ”Integrerad behandling av psykisk sjukdom och missbruk hos patienter med dubbeldiagnos. En forskningsöversikt.” I *Dubbel Diagnos. Allvarlig psykisk sjukdom och missbruk. En forskningsöversikt av Kim T. Meuser m fl.* Karlskrona: Stiftelsen ETT HELT LIV.

Ekblad, Solvig (1998) ”Handlar det om vilka ”kulturella glasögon” vi ser med?”. I *Röster om KASAM. 15 forskare granskar begreppet Känsla av sammanhang.* Stockholm: Forskningsrådsnämnden.

Evans, Katie (1998) ”Modet att förändras”. I Arne Gerdner & Örjan Sundin (red.) *Dubbel trubbel. Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning.* Örebro: Behandlingshemmet Runnagården.

Gerdner, Arne & Sundin, Örjan (1998) ”Dubbel trubbel – nya vinklingar på gamla problem.” I Arne Gerdner & Örjan Sundin (red.) *Dubbel trubbel. Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning.* Örebro: Behandlingshemmet Runnagården.

Goffman, Erving (1961) *Totala institutioner: Fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor.* Stockholm: Rabén & Sjögren.

Goffman, Erving (1972) *Stigma: Den avvikandes roll och identitet.* Stockholm: Prisma.

Hansson, Jan-Håkan (2003) ”Kunskapsutveckling inom socialtjänsten – om några utmaningar” I Nils Varg (red.) *Perspektiv på kunskapsutveckling inom socialtjänsten. En antologi.* En kunskapsöversikt av Socialstyrelsen 2003-110-17.

Hansson, Kjell & Olsson, Martin (2001) ”Känsla av sammanhang – ett mänskligt strävande” *Nordisk Psykologi* vol. 53 (3) s.238-255.

Jenner, Håkan (2003) "Motivation, tillit och delaktighet." I *Blir det bättre med behandling? Socialtjänstforum – ett möte mellan forskning och socialtjänst. En konferens i Göteborg 8–9 april 2003*. Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.
<http://www.fas.se/upload/dokument/publiktioner/pdf/battremedbehandling.pdf> (2008-11-05)

Johansson, Thomas (2006) "Mötets många ansikten – när professionella möter klienter?". I Meeuwisse Anna, Sune Sunesson & Hans Swärd (red.) *Socialt arbete. En grundbok*. Stockholm: Natur & Kultur.

Korsaröd (2008) <http://www.korsarod.se/index.shtml> (2008-10-28)

Larsson, Jonas & Sagraeus, Vera (2005) *Uppföljning av SiS missbrukarvård. Från tvång till frihet*. Statens Institutionsstyrelse SiS. Rapport 1/05. ISSN 1403-1558.

Levin, Claes (2003) "Hur tänker man behandling?" I *Blir det bättre med behandling? Socialtjänstforum – ett möte mellan forskning och socialtjänst. En konferens i Göteborg 8–9 april 2003*. Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.
<http://www.fas.se/upload/dokument/publiktioner/pdf/battremedbehandling.pdf> (2008-11-05)

Markström, Urban (2003) *Den svenska psykiatrireformen. Bland brukare, eldsjälar och byråkrater*. Umeå: Borea Bokförlag.

May, Tim (2001) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Meeuwisse, Anna; Sunesson, Sune & Eliasson-Lappalainen, Rosmari (2005) "Psykiatrins förändrade former". I Ted Goldberg (red.) *Samhällsproblem*. Sjätte upplagan. Lund: Studentlitteratur.

Lindqvist, Rafael & Nygren, Lennart (2006) "Social teori och socialt arbete". I Anna Meuwisse, Sune Sunesson & Hans Swärd (red.) *Socialt arbete. En grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur.

Meuser, Kim T; Drake, Robert E & Noordsy Douglas L (2001) "Integrerad psykiatrisk vård och missbruksvård för patienter med dubbla sjukdomstillstånd." I *Dubbel Diagnos. Allvarlig*

psykisk sjukdom och missbruk. En forskningsöversikt av Kim T. Meuser m.fl. Karlskrona: Stiftelsen ETT HELT LIV.

Meuser Kim T & Kavanagh David (2001) ”Att behandla alkoholproblem hos svårt psykiskt sjuka”. .” I *Dubbel Diagnos. Allvarlig psykisk sjukdom och missbruk. En forskningsöversikt av Kim T. Meuser m.fl. Karlskrona: Stiftelsen ETT HELT LIV.*

Molander, Bengt (1988) *Vetenskapsfilosofi: En bok om vetenskapen och den vetenskapande människan.* Stockholm: Thales.

Månsson, Sven-Axel (2002) ”Interaktionistiska perspektiv på studiet av sociala problem – processer, karriärer och vändpunkter.” I Anna Meeuwisse & Hans Swärd (2002) *Perspektiv på sociala problem.* Stockholm: Natur och Kultur.

Nopus Nytt (2008) *Nopus Nytt. En beskrivning av utvecklingen i Sverige kring personer med dubbeldiagnos.* <http://www.nopus.org/?id=3757> (2008-09-06)

Patel, Runa & Davidson, Bo (1994) *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning.* Lund: Studentlitteratur.

Printz, Anders (2003) ”Effekterna, intressenterna och brukarinflytandet“. I Nils Varg (red.) *Perspektiv på kunskapsutveckling inom socialtjänsten. En antologi.* En kunskapsöversikt av Socialstyrelsen 2003-110-17.

<http://www.sos.se/FULLTEXT/110/2003-110-17/2003-110-17.pdf> (2008-11-05)

Socialstyrelsen, 2004-123-11. *Förbättringsprocessen hos personer med svår psykisk störning och missbruksproblem - En långtidsuppföljning av Socialstyrelsens försöksverksamheter i samband med psykiatrireformen.* Underlag från experter.

<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2004/5104/2004-123-11.htm> (2008-10-01)

Socialstyrelsen, 2007-102-1 *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.*

http://www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/A50309C4-BAB3-4EB9-A407-E5C684469D90/7076/20071021_rev.pdf (2008-12-27)

Svensson, Bengt (1996) *Pundare, jonkare och andra*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.

Tengvald, Karin (2003) ”Evidensbaserad praktik – om strävan att öka kunskaperna om verkningsfulla insatser.” I Nils Varg (red.) *Perspektiv på kunskapsutveckling inom socialtjänsten. En antologi*. En kunskapsöversikt av Socialstyrelsen 2003-110-17. <http://www.sos.se/FULLTEXT/110/2003-110-17/2003-110-17.pdf> (2008-11-05)

Vetenskapsrådet (2008) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000360HS_15.pdf (2008-11-01)

Öjehagen, Agneta (1998) ”Samtidigt beroende och psykisk störning – en aktuell forskningsöversikt.” I Arne Gerdner & Örjan Sundin (red.) *Dubbel trubbel. Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*. Örebro: Behandlingshemmet Runnagården.

5. Bilagor

5.1 Intervjuguide

Hur gammal är du?

Är detta din första behandlingshemsvistelse?

Varför är klienten/du här?

Har klienten/du fått annan hjälp tidigare för sin/din problematik?

Vad är målet/ditt mål med behandlingen?

Är behandlingshemsvistelsen en viktig faktor för att uppnå målet med behandlingen?

Anser du att målen uppfylls?

Hur vet du att målet är uppfyllt? Finns vissa bestämda kriterier för att avgöra detta?

Har klienten/du varit delaktig i utformningen av behandlingen? På vilket sätt?

Hur ser du på begreppet utskrivningsklar?

Vem anser du bedömer när någon är utskrivningsklar? Vem fäller avgörandet?

Anser du att det råder enighet kring vad som är målet och när någon är utskrivningsklar?