

Lunds Universitet
Socialhögskolan
Socialt arbete med drogmissbrukare
SOL 065
Höstterminen 2002

DUBBELPROBLEMATIK

-MISSBRUK OCH PSYKISK STÖRNING-

EN FALLSTUDIE I LUNDS KOMMUN

Författare: Anders Evaldsson

Handledare: Eva Johnsson

Abstract

The aim of this essay was to try and reach an understanding of the difficulties one encounters when working with people who are drug and/or alcohol abusers and who simultaneously suffer from a mental disorder of some kind. My analysis also included the problems encountered when dealing with the two different authorities that are responsible for these people.

I have made use of the following questions:

- How do the social services and the psychiatric department deal with clients who have an abuse problem combined with mental problems?
- What legal responsibilities do the social services and the psychiatric department have?
- How do these authorities collaborate concerning this group of people?
- Does the structure and traditions of these two organizations affect their ability to collaborate?

My method has been to try and find organizations that direct their work towards people with abuse problems and/or mental disorders in Lund. I found six people who were willing to be interviewed, who all work in some way with this social problem. I also studied research on this matter.

Drug abusers with severe mental problems are probably the hardest group of clients to work with as they often have a chaotic social situation as well. They meet public organizations that have insufficient resources and who, furthermore, have problems cooperating regarding these clients. The psychiatric department is often reluctant to treat them and the social services lack sufficient psychiatric knowledge.

Innehållsförteckning

Förord.....	1
Inledning	2
Bakgrund.....	2
Problemformulering.....	2
Syfte och frågeställningar.....	4
Metodsdiskussion och urval.....	4
<i>Metod</i>	4
<i>Urval</i>	5
<i>Avgränsningar</i>	6
Centrala begrepp.....	6
Disposition.....	8
Psykiatriska diagnoser.....	8
Tidigare forskning kring dubbelproblematik.....	10
Teoretisk utgångspunkt.....	14
Sociala problem som en konstruktion.....	14
Människobehandlande organisationer.....	14
Två olika huvudmän.....	16
Socialtjänstens förutsättningar.....	16
Psykiatrins förutsättningar.....	17
Förklaringsmodeller inom socialtjänsten.....	17
Förklaringsmodeller inom psykiatri.....	18
Samarbete/samverkan.....	18
Varför samarbeta.....	18
Faktorer som möjliggör och försvårar samarbete.....	19
Olika former av samarbete/samverkan.....	20
Verksamhetsbeskrivningar.....	20
Alkoholmottagningen.....	20
Rådgivningsbyrån.....	21
Avdelningen för psykiskt funktionshindrade, psykoser.....	21
Psykos- och missbruksteamet (POM-teamet).....	21
Psykiatriska akutmottagning.....	22
Enheten för utredning- och uppföljning, socialförvaltningen.....	22
Presentation av intervjuer och diskussion.....	22
Missbruk/psykisk störning/diagnoser.....	22

Attityder till psykiskt störda missbrukare.....	25
Behandling.....	26
Boende.....	27
Ansvarsfördelning.....	28
Samarbete.....	29
Diskussion.....	31
Avslutning.....	36
Sammanfattning.....	36
Slutdiskussion.....	37
Källförteckning.....	40
Bilagor.....	42
Bilaga 1: Frågeguide.....	42

Förord

Jag vill tacka Eva Johnsson för god handledning som har fört mig framåt i min egen process kring arbetet. Ett stort tack även till de personer som har tagit tid från sina pressade arbets-scheman för att ställa upp på en intervju, utan dem hade det blivit en helt annan uppsats. De har även ökat min förståelse för missbruk och dubbelproblematik genom att dela med sig av sin kunskap och erfarenhet.

Eventuella felaktigheter som har smugit sig in i redovisningen av empirin på grund av missuppfattningar eller felbedömningar ska inte lastas mina intervjupersoner, de står jag själv för.

Malmö December 2002

Anders Evaldsson

INLEDNING

Bakgrund

Under min praktiktermin inom socialtjänstens vuxenomsorg tyckte jag att det fanns ett otydligt ansvarsförhållande mellan socialtjänsten och sjukvården. Båda bedriver missbruksvård fast med lite olika inriktningar. Det verkade dock finnas ett par områden som de var för sig hade ansvar för. Landstinget var huvudman för medicinsk, psykologisk och terapeutisk hjälp samt när människor med missbruksproblem var i behov av avgiftning medan socialtjänstens huvudansvar låg på missbrukarnas sociala situation och att de som var i behov av behandling för sitt missbruk fick det.

Det var också så att klienter som p.g.a. depressioner eller ångest fick bensodiazepiner eller annan beroendeframkallande medicin inte kunde få plats på de behandlingsalternativ som socialtjänsten använde sig av. Avgiftning för medicinberoende är en långsammare process än avgiftning vid alkohol- eller narkotikaberoende och detta var sjukvårdens ansvar varför klienten hänvisades dit.

Psykiiskt sjuka klienter som även hade missbruksproblem passade inte in i de verksamheter och boenden som kommunen hade för psykiiskt sjuka utan missbruk, dessa hamnade istället i särskilda boenden som inte fungerade särskilt väl. Även efter behandling var det svårt att hitta boende eller sysselsättning för dessa klienter då de hade missbruksproblematiken som låg dem i fatet. Detta gjorde mig intresserad av den sammansatta problematik som finns kring psykiiskt störda missbrukare vilket resulterade i att jag beslöt mig för att skriva min C-uppsats om detta ämne.

Problemformulering

Att samarbeta med andra myndigheter eller verksamheter har idag blivit en nödvändighet inom offentliga organisationer, det beror främst på att en ökad decentralisering har skapat en stor variation av arbetsformer och att många aktörer avgränsar sitt verksamhetsområde allt mer. Samarbete är inte längre ett alternativ för att arbetet ska bli effektivare utan en nödvändighet för att man ska kunna fullfölja sina åtaganden (Danermark & Kullberg, 1999).

Psykiatrireformen trädde i kraft den 1 januari 1995, bakgrunden var att ansvarsfördelningen mellan landsting och socialtjänst var oklar. Klienter fick olika vård och service beroende på vilket landsting de tillhörde. I en tid av nedskärningar inom den offentliga sektorn ansåg utredarna att en tydligare ansvarsfördelning och större samarbete mellan huvudmännen skulle innebära större effektivitet i insatserna riktade mot klienterna och att samhällets resurser skulle utnyttjas bättre, vilket skulle innebära besparingar. Det var också så att psykiatrivården hade förändrats från att till stor del bestå av institutionsvård till en ökning av arbetsbördan för decentraliserade öppenvårdsmottagningar. Detta ställer större krav på samarbete mellan olika

samhällsorgan för att klienterna ska kunna erbjudas insatser kring hela sin livssituation (Knutsson & Pettersson, 1995). I direktiven till psykiatriutredningen, som psykiatrireformen bygger på, betonas att den ska *”överväga och föreslå åtgärder rörande ansvarsfördelning mellan huvudmän och organisering av stöd och vård till psykiskt störda samt former för samverkan med patient och anhörigorganisationer m.fl.”* (Danermark & Kullberg, 1999:24). Trots denna starka fokusering på bättre samverkan menar Danermark och Kullberg att det fortfarande fungerar dåligt och att mycket återstår att göra.

Psykiatrireformen var en fortsättning på en reformtrend inom socialpolitiken där det har skett en renodling mot tydligare kärnverksamheter och ett ökat ansvar för kommunerna, t.ex. inom äldre- och handikappomsorgen. Efter den nya reformen har kommunerna huvudansvaret bl.a. för funktionshandikappade, uppsökande- och samverkande insatser riktade mot psykiskt sjuka samt boenden. De har också ett sistahandsansvar som innebär att de har skyldighet att erbjuda stöd när andra skyddsnet inte gör det. Landstingets huvudansvar är att medicinskt förebygga, utreda och behandla somatiska och psykiatriska sjukdomar (Knutsson & Pettersson, 1995).

Många missbrukare med svår psykisk störning har ett missbruksbeteende där de tar vad som finns tillhands. Överdödligheten i gruppen är stor och de lever under stort lidande och ofta med dålig sjukdomsinsikt. Som en följd av den psykiska störningen lever de i utkanterna av missbrukskretsar där det är svårt för missbruksvården att fånga upp dem. Idag saknas tillräckliga resurser för vård och behandling av denna utsatta grupp (SoS-rapport 1996:14).

Psykiska problem är mer vanligt förekommande hos missbrukare än hos normalbefolkningen, de kan vara både en orsak till och en följd av missbruket. Vid behandling av missbrukare har ett behov uppkommit av kompletterande kunskap när det gäller psykiska störningar, de kan vara en orsak till att många missbrukare misslyckas att uppnå drogfrihet efter behandling (SoS-rapport 1996:14). När det gäller psykiskt störda missbrukare satsades vid psykiatrireformen 45 miljoner kronor på försöksverksamheter i tio orter som skulle pågå i tre år. Ett viktigt perspektiv i samtliga dessa projekt var att noga studera hur samverkan mellan de olika inblandade parterna fungerade (Danermark & Kullberg, 1999).

Både missbruk och psykiska störningar är komplexa problem var och en för sig. När de samtidigt förekommer hos en och samma klient blir dennes problem än mer svårbedömt av vårdapparaten. Det faktum att det är olika organisationer som har ansvaret för olika delar av vården försvårar arbetet med dessa klienter ytterligare. Utifrån detta har jag intresserat mig för hur arbetet med psykiskt störda missbrukare och samarbetet mellan huvudmännen ser ut i det praktiska arbetet. Genom att undersöka och beskriva hur arbetet inom en kommun har organiserats hoppas jag kunna öka min kunskap och förståelse kring de svårigheter som finns runt detta ämne.

Syfte och frågeställningar

Uppsatsens syfte är att försöka förstå vilka svårigheter som finns i arbetet med psykiskt störda missbrukare samt var svårigheterna finns när det är två huvudmän som har ansvar för olika delar i vården av samma målgrupp.

Jag har använt mig av följande frågeställningar:

- Hur arbetar socialtjänsten respektive psykiatrin med dubbelproblematiken missbruk och psykisk störning?
- Vilket ansvar har socialtjänsten respektive psykiatrin för psykiskt störda missbrukare?
- Vilka former har samarbetet mellan socialtjänst och psykiatri?
- Påverkar organisationernas uppbyggnad och traditioner samarbetet?

Metoddiskussion och urval

Metod

Jag har som strategi för uppsatsen valt att göra en fallstudie där jag som undersökningsenhet har valt Lunds kommun. Styrkan hos en fallstudie ligger i att man genom att undersöka en enskild enhet kan belysa aspekter som kan jämföras med annan forskning. Dels genom att gå på djupet och få insikter som en bredare undersökning inte kan ge och dels genom att jämföra likheter och skillnader med andra enheter utanför undersökningsområdet genom litteraturstudier. Fokus i en fallstudie ligger på att relationer och processer studeras i sin ”naturliga miljö” och att därmed komplexa sammanhang kan uppdagas. Undersökningen är inte heller låst till en metod utan forskaren kan välja den metod som passar omständigheterna och syftet bäst, det är t.o.m. en fördel att använda mer än en metod och flera källor för att lättare kunna upptäcka intressanta förhållanden (Denscombe, 2000).

Nackdelar med en fallstudie är att det kan vara svårt att göra generaliseringar som håller utifrån en enskild undersökningsenhet. Därför är öppenhet i metod och urvalskriterier av stor vikt när man jämför med annan forskning, likheter och skillnader ska även de redovisas på ett tydligt sätt. Ett annat problem är avgränsningen av enheten, processer inom organisationer är komplexa företeelser som påverkas av en mängd faktorer, det kan därför vara svårt att blottlägga de frågeställningar man har och göra dem fria från yttre påverkan (a.a.).

Val av metod handlar om att hitta den eller de metoder som bäst passar in på undersökningens syfte, inte att försöka hitta den rätta metoden i någon absolut mening. En forskare kan i en fallstudie med fördel använda sig av metodtriangulering för att jämföra resultat från olika undersökningsmetoder. Observation, intervjuer, frågeformulär och granskning av skriftliga källor är olika metoder som kan komplettera varandra i kunskapssökandet; de kan belysa olika

aspekter av samma problem, fördjupa analysen och eventuellt också öka validiteten i undersökningen (a.a.).

Jag har valt att använda mig av halvstrukturerade intervjuer med personal inom olika verksamheter som kommer i kontakt med psykiskt störda missbrukare. Jag har vid intervjuerna använt en frågeguide (se bilaga 1) för att kunna hålla samtalen inom vissa ramar kring frågeställningarna. Frågorna i guiden är indelad i teman- arbetssätt, ansvarsfördelning, attityder och samverkan - som jag analyserar var för sig.

Validiteten i undersökningen anser jag vara god när det gäller synpunkter från andra på psykiatrins arbetsområde, däremot är den inte tillräcklig när det gäller deras egen syn på sitt arbete. Den enda intervjun jag gjort med en verksamhet som har sjukvården som ensam huvudman är med psykiatriska akutmottagningen och den är gjord via e-post och är därmed ganska kortfattad. En stor brist i undersökningen är att jag inte har lyckats få en intervju med en psykiatrisk öppenvårdsmottagning vilket hade kunnat nyansera bilden betydligt. Framförallt hade det gett "den andra sidans" syn på socialtjänstens arbete. På samma sätt hade det ökat validiteten när det gäller befintliga verksamheter inom Lunds socialförvaltning om jag hade intervjuat någon anställd på de boenden eller boendestödsformer som finns. Under rådande omständigheter tycker jag dock att undersökningen ger en hygglig bild över hur arbetet i kommunen är organiserat och vilket stöd som finns när det gäller min undersökningsgrupp.

Urval

Valet av Lund som undersökningsenhet beror på flera faktorer. Det är en kommun med ett stort sjukhus vilket borde innebära att det finns flera enheter inom psykiatrin som kommer i kontakt med psykiskt störda missbrukare. Kommunen är tillräckligt stor och har en utbredd missbruksproblematik vilket gör att det går att nå flera andra verksamheter som kommer i kontakt med klientgruppen. I Lund finns också flera samverkansenheter med dubbelt huvudmannaskap som kan utgöra grunden för en jämförelse mellan externt och internt samarbete.

Vid urvalet har jag varit utlämnad till de verksamheter som har haft tid och möjlighet att medverka vid en intervju, som andraval har jag använt som metod att skicka frågeformulär till berörda verksamheter. Detta är i mitt tycke ett mindre givande sätt som inte ger möjlighet till den dynamik som finns vid ett intervjumöte, med chans till motfrågor och funderingar som dyker upp i en samtalssituation.

Det är inte fråga om en komplett kartläggning av de berörda verksamheter som finns i Lund, utan undersökningen är begränsad till de som jag har blivit informerad om vid mina kontakter. Mitt sökande efter berörda instanser kan i efterhand synas mig vara alltför ostrukturerad, vid

en mer genomtänkt planering hade jag kanske kommit i kontakt med andra intressanta verksamheter.

Jag har gjort bandinspelade intervjuer med en socionom på Alkoholmottagningen, en socionom på Rådgivningsbyrån, en samordnare på avdelningen för psykiskt funktionshindrade, en socionom på socialtjänstens avdelning för vuxna (enheten för utredning- och uppföljning) samt en manlig sjuksköterska på Psykos och missbruksteamet. Jag har också skickat frågeformulär till en kurator på psykiatriska akutmottagningen via e-post. Jag har valt att inte använda intervjupersonernas namn utan de presenteras utifrån yrkestitel och arbetsplats. Detta gör dem ingalunda anonyma men jag har inte tyckt att ett namnanvändande tillför något för uppsatsens syfte.

Avgränsningar

Jag har valt att uteslutande ägna mig åt verksamheter i socialtjänsten och psykiatrins regi trots att det finns andra aktörer som kommer i kontakt med psykiskt störda missbrukare, t.ex. försäkringskassan och kriminalvården. En annan aspekt som inte har behandlats är tvångsåtgärder, varken enligt LVM eller LPT¹. Jag har begränsat mig till ansvarsfördelningen enligt SoL och HSL², andra lagar (t.ex. LVM, LPT, LSS och LRV³) som kan påverka denna målgrupp diskuteras inte mer än när de är intressanta utifrån de aktuella frågeställningarna. Inte heller sysselsättningsfrågor kommer att diskuteras även om det är en viktig del i rehabiliteringsarbetet med klienterna.

Centrala begrepp

Psykisk störning: Psykisk störning är ett samlingsbegrepp som omfattar en mängd psykiska symtom som t.ex. personlighetstörningar och psykiska sjukdomar. Det är dock en term som är otydlig och som används med olika betydelser (Johansson & Wirbing, 1999). *Allvarlig psykisk störning* används inom bl.a. LPT om störningar där klienten har svåra psykotiska symtom eller svåra depressioner med självmordsrisk. Vid *svår psykisk störning* är funktionsförmågan nedsatt i bl.a. arbetsliv och det sociala livet (SoS-rapport 1996:14). Jag använder termen psykisk störning (analogt psykiskt störda missbrukare) för alla slags psykiska problem som är tillräckligt allvarliga för att kunna tänkas åkalla någon form av insats antingen från socialtjänsten eller psykiatrin.

Missbruk: Melin och Näsholm (1998) ger en diagnostisk definition (DSM IV)⁴ av missbruk som innebär att man ska ha minst ett av följande ”problem” i samband med återkommande substansbruk under en tolv månadersperiod: oförmåga att uppfylla åtaganden i arbete, skola eller familj; utsätta sig för fysiskt riskabla situationer; hamna i konflikt med

¹ LVM: Lag om vård av missbrukare i vissa fall , LPT: Lag om psykiatrisk tvångsvård

² SoL: Socialtjänstlag , HSL: Hälso- och sjukvårdslag

³ LSS: Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade , LRV: Lag om rättspsykiatrisk vård

myndigheter (LOB⁵, rattonykterhet etc.) eller att ha relationsproblem, orsakade eller förvärrade av drogeffekter, och ändå fortsätta att ta drogen. När jag använder termen missbrukare/missbruk menas brukare av narkotiska preparat och/eller alkohol där drogen på något sätt försämrar klientens sociala förhållanden eller hälsa och att försämringen håller i sig efter drogbruket.

Psykisk sjukdom: Att sjukdomsförklara psykiska problem är omstritt; leder det till ett bättre arbete och blir en lättnad för klienten eller är det stigmatiserande och stämplande för den som blir sjukdomsförklarad på psykiska grunder? Ett problem med sjukdomsbegreppet är att det inte bygger på enhetliga kriterier utan att flera faktorer vägs in; bl.a. förändringar i hjärnans struktur eller funktion, de psykiska symtomens svårighetsgrad (som ökar sjukdomsvalören), funktionsnedsättningar och behov av sjukskrivning eller sjukpension (Ottosson, 2000).

Personlighetsstörning: Vår personlighet är den vi är; den formar våra uttryckssätt, behov och upplevelser. Den grundläggs i tidiga år och präglar vårt fortsatta liv. Fyra olika dimensioner av personligheten kan urskiljas; kognitioner, affektivitet (känslors intensitet och uttryck), förhållande till andra människor och impuls kontroll. *’För att en personlighetsstörning ska föreligga skall personlighetsdragen ge ett personligt lidande eller sociala svårigheter i många olika situationer’* (Ottosson, 2000:494). Ett stort problem med diagnostisering och kartläggning av personlighetsstörningar är att det finns olika diagnossystem och metoder där diagnoserna ser olika ut och innehåller olika typer av störningar (SoS-rapport 1996:14).

Dubbeldiagnos: Med detta menas när en klient har minst en psykiatrisk diagnos och en diagnos för sin missbruks- eller beroendeproblematik (SoS-rapport 1996:14).

Diagnos: Att diagnosticera är ett sätt att förmedla viss information på ett medicinskt eller psykiskt problem. Att ställa en diagnos blir en avvägning mellan de motstridiga kraven på att ge en fullständig bild och att ge en koncentrerad bild av olika symtom. Därför behöver diagnosen kompletteras med andra faktorer; t.ex. sannolika orsaksfaktorer, val av behandling och sjukdomsförlopp. Diagnostikens yttersta mål inom psykiatrin är att fastställa orsaker till psykiska störningar. Genom åren har olika diagnossystem förändrats och avlöst varandra, för närvarande finns två olika system inom psykiatrin, ICD 10⁶ och DSM-IV. Båda systemen använder sig av kategorierna *syndrom* och *personlighet* för att klassificera psykisk störning, det som skiljer dem åt är att DSM-IV använder sig av ytterligare tre kategorier; *somatisk sjukdom*, *psykosociala stressorer* och *funktionsnivå* (Ottosson, 2000). I ICD 10 och DSM-IV finns också kriterier för missbruks- och beroendediagnoser, de är användbara för alla droger och för både fysiskt och psykiskt beroende (Melin & Näsholm, 1998). Det finns även en rad

⁴ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fjärde versionen

⁵ Lag om omhändertagande av berusade personer

⁶ The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tionde omarbetningen

tester för att ställa psykodynamiska (psykologiska) diagnoser. De kartlägger bl.a. utvecklingsnivån genom att bedöma personlighetsorganisation, realitetsanpassning och försvarsmekanismer (SoS-rapport 1996:14).

Klient: Jag använder begreppet klient för alla som kommer i kontakt med de verksamheter som ingår i uppsatsen, både inom sjukvården och socialtjänsten.

Samverkan: Samverkan kräver något mer än samarbete. Jag använder mig av ordet i Ove Mallanders (1998:136) betydelse där samverkan innebär *”en relation som har en varaktighet, en viss grad av formalisering samt att deltagarna har någon form av överenskommet syfte”*. Utan detta är det samarbete och inte samverkan. När jag diskuterar andra författare försöker jag använda deras språkbruk.

Disposition

Uppsatsen är indelad i två delar, en teoretisk och en empirisk del. Efter det här inledande kapitlet kommer ett kapitel där jag går igenom några av de diagnoser som är aktuella vid dubbelproblematik. Därefter kommer ett avsnitt där tidigare forskning kring målgruppen går igenom, tanken är att läsaren tidigt ska introduceras i problemområdet. Härnäst följer en genomgång av de förutsättningar och problem som finns kring organisationer som arbetar med välfärdsfrågor och social service, s.k. människobehandlande organisationer. Detta följs av ett kapitel som tar upp de olika lagar och förutsättningar som gäller för de två huvudmännen som är aktuella i uppsatsen, socialtjänsten och psykiatrin. Den teoretiska delen avslutas med ett avsnitt om varför samarbete mellan olika verksamheter behövs och vilka svårigheter som är förknippade med det.

Den empiriska delen inleds med korta beskrivningar av de verksamheter där jag har gjort intervjuer, jag hoppas att det ska ge en tillräcklig grund för att sedan kunna följa presentationen av mina intervjuer på ett bra sätt. Dessa presenteras i olika teman som sedan följs av en diskussion kring tidigare forskning och resultatet av min undersökning.

Psykiatriska diagnoser

Psykiska störningar som förekommer tillsammans med missbruk kan vara av en mängd olika typer, det finns dock vissa som i olika undersökningar sticker ut som de mest vanligt förekommande (SoS-rapport 1996:14). Här följer förklaringar av några vanliga psykiatriska diagnoser.

Psykos: En psykotisk person uppfattar verkligheten på ett sätt som inte överensstämmer med andras tolkning av den, oftast genom vanföreställningar eller hallucinationer. En psykos kan utgöras av att hela eller vissa delar av verklighetsuppfattningen förvanskas, det som

utmärker den är att förmågan att skilja på det inre livet och omvärlden på något sätt har försvagats. Exempel på tillstånd som kan vara psykotiska är schizofreni, paranoida tillstånd och manodepressivitet (bipolär affektiv sjukdom) (Cullberg, 1999). Om psykosen är orsakad av droger kan den upphöra efter en tids drogfrihet, man måste dock vara uppmärksam på att drogerna kan ha utlöst en latent psykos som blir bestående (SoS-rapport 1996:14). Behandling av psykotiska tillstånd bör bedrivas långsiktigt. Droger (med ett missbruk som följd) kan vara ett medel att döva skräckfyllda tankar för den som har en psykos, detta kan minimeras med hjälp av korrekt psykosbehandling. Behandlingen består av farmakologiskt stöd och samtalsterapi där terapeuten försöker arbeta med klientens upplevelser, att försöka separera vad som kommer inifrån och vad som kommer från yttrevärlden (Bergström, 1996).

Schizofreni: Schizofreni är fyra gånger vanligare bland narkomaner än bland befolkningen i övrigt. Sjukdomen tar sig många olika uttryck, gemensamt är dock att psykotiska symtom förekommit under en längre sammanhängande period (minst en månad) någon gång under sjukdomsförloppet. Dessa kan bestå av vanföreställningar, rösthallucinationer, osammanhängande tal eller avsaknad av känslö- och viljeuttryck. Behandlingen inriktas både på psykosen (antipsykotisk medicinering) och på det sociala handikapp som följer av den (SoS-rapport 1996:14).

Depressioner: Ca 15% av alla män och 30% av alla kvinnor beräknas att drabbas av en depression allvarlig nog för att professionell hjälp skulle behövas någon gång under sitt liv, en s.k. sjuklig depression. Bland missbrukare är det ännu vanligare, mellan 30 och 60% av alla narkotikamissbrukare lider av medelsvåra till svåra depressioner eller svåra ångesttillstånd. Depressioner kan orsakas av t.ex. kriser eller som en reaktion på andra omställningar som någon ställs inför, det finns även ärftliga faktorer. Vissa droger kan fungera lindrande vid en depression, åtminstone tillfälligt, men de kan också orsaka depressionssymtom som kan bestå en lång tid efter droganvändandet. För att det ska vara en "egentlig depression" krävs förutom nedstämdhet (bestående i minst två veckor eller bestående förlust av förmågan till intresse) att minst hälften av följande symtom; viktförändring, sömnsvårigheter, rastlöshet eller hämning, energiförlust, värdelöshetsupplevelser, koncentrationssvårigheter eller återkommande dödstanor; föreligger och att handlingsförlamning riskeras. Depressioner kan behandlas t.ex. med kognitiv korttidsterapi eller antidepressiv medicin (SoS-rapport 1996:14).

Ångest: Detta är ett brett begrepp som kan innehålla allt från oros känslor till skräck och panik. Graden av allvar kan bedömas efter hur det påverkar vårt sociala liv, fruktan för fysisk eller mental död kan förekomma. Ångestsymtom finns, åtminstone tidvis, i de flesta psykopatologiska syndrom. Ångesten kan vara primär och fylla hela symtombilden eller sekundär, och då är den ofta mindre framträdande än andra symtom (Ottosson, 2000).

Antisocial personlighetsstörning (psykopati): Människor med denna störning har inga svårigheter att få kontakt med människor, däremot har de problem att behålla etablerade relationer. Det centrala är att de är okänsliga och likgiltiga både inför andra människor och

inför sociala normer och krav. De har svårt att visa tålmod, brister i förmågan till empati och blir lätt aggressiva. De har också svårt att inse konsekvenserna av sitt agerande, att se sin egen roll i vad som händer dem. De är vanligt förekommande inom missbruksvården men saknar ofta motivation, det finns idag ingen behandling för antisocial personlighetsstörning (Ottosson, 2000).

Borderline (emotionellt instabil personlighet): En personlighetsstörning som är ett oklart och dåligt avgränsat begrepp. Den kännetecknas av impulsivitet, dålig självkänedom, dålig kännedom om andra och relationssvårigheter, den medför ofta ångest för att bli övergiven. De uppfattar saker förenklat som antingen eller (god-ond, bäst-sämst etc.) och har en primitiv försvarsorganisation som möjliggör den motstridiga identitetsupplevelsen. De har trots detta en god realitetsprövning, d.v.s. de kan avgöra vad som kommer inifrån dem själva och vad som tillhör yttrevärlden. Exempel på symtom kan vara tvångstankar, paranoida eller hypokondriska drag och aggressivitet. Behandlingen bör vara jag-stödjande och långvarigt uppbyggd kring en terapeut för att skapa en god relation (Cullberg, 1999).

Neuros: En neuros kännetecknas av hämning eller bortträngning av en ångestskapande omedveten inre konflikt. I motsats till vid en psykos är realitetsprövningen intakt. Neuroser kan vara en del av vår personlighet där den styr delar av vårt beteende, vi uppför oss på ett neurotiskt sätt. Men den kan även visa sig i vissa symtom som t.ex. ångest, tvångstankar eller fobier (Cullberg, 1999).

Manodepressiv: Både maniskhet och depressivitet förekommer ofta i cykliska förlopp, upplever någon det ena av dessa är syndromet unipolärt, när de förekommer tillsammans föreligger manodepressivitet eller bipolärt syndrom. Symtomet präglas alltså av att personen omväxlande är manisk och depressiv i oregelbundna cykler. Självmodsriskerna är höga inom denna grupp p.g.a. de allvarliga och återkommande depressionerna. Manodepressivitet kan framkalla psykos i form av vanföreställningar (Ottosson, 2000).

Tidigare forskning kring dubbelproblematik

Hans Bergström (1996) varnar för två slags förenklingar som kan leda till problem vid fastställandet av diagnoser för val av missbruksbehandling, *överförenkling* och *övergeneralisering*. Det första är att man enbart fokuserar på missbruket och ignorerar andra aspekter medan det senare är när missbruket ses som verkan av psykiska problem och att det försvinner när dessa behandlas. Han menar också att diagnoser är otillräckliga i den mening att de är resultatet av några kategoriseringar som står till buds för yrkesmän som använder inlärd kunskap för att förstå mänskligt handlande. Trots det är de nödvändiga för att matcha klienter till rätt insatser, men man bör vara medveten om att de i viss mån är godtyckliga ansamlingar av olika symtom. Bergström förordar ett cirkulärt synsätt där

psykiska problem och missbruk inte ses som orsak och verkan utan som två fenomen som ömsesidigt påverkar och förstärker varandra.

Kombinationen av psykisk störning och missbruk är ett komplext problem där det inte finns några enkla orsakssamband. Jan Ramström skiljer ut sex olika typer av interaktion mellan drogbruk och psykopatologi (SoS-rapport 1989:33:59f):

- (1) Den psykiska störningen/sjukdomen är primär.
- (2) Den psykiska störningen orsakas av missbruk och är således sekundär.
- (3) En person med latent psykisk sjukdom attraheras till missbruket som aktiverar den latent problematiken.
- (4) En underliggande psykopatologi påverkar missbruksförloppet bl.a. vad gäller möjligheten att tillgodogöra sig behandling.
- (5) Drogers effekter och livet som missbrukare modifierar den psykiatriska bilden, olika psykopatologier påverkas på olika sätt av olika droger.
- (6) Psykopatologi och missbruk löper parallellt utan inbördes orsakssamband.

Dubbelproblematik är dock vanligt förekommande. I en genomgång av aktuell forskning menar Mats Fridell att någon form av personlighetsstörning finns hos 65-85% av alla narkotikamissbrukare, 40-50% av alla tunga missbrukare har en svår psykisk störning, ca 15% lider av en allvarlig psykisk störning och 15% av de tunga missbrukarna har en psykosproblematik (SoS-rapport 1996:14). Bertling (1993) menar utifrån en undersökning i Stockholm att 40% av de tunga narkotikamissbrukarna har en svår psykisk störning i meningen psykotiska symptom eller djupgående personlighetsstörning.

Hans Bergström (1996) beskriver en förklaringsmodell (fig. 1) som illustrerar den psykiska problematiken från ett missbruksperspektiv utifrån utvecklingspsykologiska grunder. Enligt denne visar en person vilken mognadsnivå han har nått genom sitt beteende. Mognadsnivå är något som huvudsakligen etableras under de första åren av vårt liv, genom anknytningen (objektrelationen) till föräldrarna lär vi oss om oss själva, om relationer och om omvärlden. Om barnet upplever för stora påfrestningar under de olika mognadsstadierna kan det fastna på en mognadsnivå, *fixering*. Senare i livet kommer den vuxne att återvända till dessa fixeringar när han upplever stress (*regression*), som ett sätt att återvända till den tidpunkt då han kände trygghet. Den vertikala linjen visar de olika mognadsnivåerna, de missbrukare som har psykotiska problem är alltså de som har den tidigaste fixeringen, de som tidigast har stannat i sin psykiska mognad. Därefter kommer borderline, karaktärsstörningar och slutligen neuroser⁷.

⁷ Detta är ett kontinuum och inga tillstånd med fasta gränser, borderline kan även betecknas som en karaktärsstörning. Modellen är en tankefigur för att belysa att psykiska störningar uppstår vid olika tidpunkter.

Figur 1 (Bergström, 1996:99)

Neuroser			
Psykopati	Suicidalt baserat missbruk	Depressivt baserat missbruk	Aggressivt baserat missbruk
Karaktärsstörningar			
Borderline-tillstånd			
Missbruk baserat på s.k. tidiga störningar			
Psykos			

Den vågräta linjen visar på spridningen inom gruppen karaktärsstörningar, den största gruppen av missbrukare. Deras största svaghet är deras förmåga att knyta an till andra människor, desto längre till vänster desto svårare har personen att knyta an (d.v.s. psykopatiska personer- antisocial personlighetsstörning- har svårast att knyta an). Därför är en förutsättning vid behandling av dessa att det skapas en trygg och varaktig relation mellan klient och behandlare. Bergström betecknar de med karaktärsstörningar som att de ”är medvetna om vad de inte borde göra men som gör det i alla fall” (a.a., s.100).

Mats Fridell (1991) har gjort en översikt av ett stort antal forskningsrapporter för att se om det går att generalisera resultaten. Hans slutsats är att det går att dela in narkotikamissbrukare i tre huvudgrupperingar; personlighetsstörningar, depressioner och ångesttillstånd med affektiv affinitet⁸ samt övriga syndrom (där de viktigaste grupperingarna är psykoser av olika slag och ångesttillstånd av psykogent⁹ betingad natur). Dessa grupper överlappar i viss mån varandra då samma person kan ingå i mer än en grupp, d.v.s. ha mer än en störning.

Hos människor med psykisk störning är det dubbelt så vanligt med alkoholberoende som hos normalbefolkningen, vid schizofreni och manodepressivitet är det ännu vanligare med missbruk än vid andra psykiska tillstånd. Hos kvinnor är det vanligare att psykiska problem föregår ett alkoholmissbruk, vid narkotikamissbruk verkar det dock inte finnas könsskillnader i missbruksmönstret (Öjehagen, 1999). De psykiskt störda missbrukarna är en av samhällets mest utsatta grupper och de hamnar ofta i ett ingenmansland mellan socialtjänsten och psykiatrin. Det är dock viktigt att uppnå en period av drogfrihet för att kunna fastställa vilka psykiska problem som finns hos individen (SoS-rapport 1996:14).

Psykiskt störda missbrukare har ofta en social inkompetens. De kan vara utagerande och självdestruktiva i sitt beteende och har svårt att passa tider eller att anpassa sig till andra normer som finns inom vårdapparaten. De har också ofta dåligt fungerande sociala nätverk där barn, föräldrar och andra nära anhöriga har tagit avstånd från dem. Svårigheter att

⁸ Känslomässiga ångesttillstånd.

⁹ Som har sitt ursprung i det mänskliga psyket.

använda samhällets olika institutioner och avsaknad av gemenskap kan leda till hemlöshet och utanförskap. De kan vara svåra att arbeta med då de kan ge sken av att kunna göra överenskommelser fast de inte har den förmågan, den som arbetar med dem har då svårt att förstå att problemet är bristande social kompetens och inte ovilja. Det är svårt att få hjälp av välfärdssystemet utan denna sociala kompetens och en viss kunskap om hur systemet fungerar (Holmberg, 1993).

Ulla Bertling (1993) har i en studie undersökt hur många svårt psykiskt störda missbrukare det finns i Stockholms län. Hon har låtit alla de vårdgivare som kommer i kontakt med missbrukare ge utlåtanden om sina klienters psykiska hälsa och sociala situation. Ett av de problem hon konstaterar är svårigheterna som missbrukare ofta har att behålla ett ordnat boende, bostadslöshet blir ofta en konsekvens av ett intensivt missbruk. I hennes undersökningsgrupp är 11% bostadslösa, 28% bor på institution och 17% bor inneboende hos någon annan. I de två senare grupperna finns det skäl att misstänka att det för många finns en dold bostadslöshet. Det är också mindre än 20% som har fast arbete eller som studerar.

Typen av personlighetsstörning är som vi har sett viktig information inför behandling eller andra insatser riktade mot en klient. Men det är också viktigt hur behandlare hanterar mötet med psykiskt störda missbrukare, att de inte blir avskräckta av dem. Bergstöm (1996) menar att många yrkesverksamma har svårt att arbeta med psykotiska klienter, det sätter igång saker som de har svårt att hantera vilket gör att många undviker dessa klienter. Det är också svårt vid t.ex. borderline-störningar där behandlaren ofta blir bemött omväxlande som antingen god eller ond, dessa svängningar leder ofta till tvivel om det de gör är bra eller inte. Detta är ytterligare en anledning till varför människor som arbetar inom missbruksvården måste ha god kännedom om psykiska problem och beteenden kopplade till dessa. Fridell (1991) varnar dessutom för risken att identifikations- eller överföringsfenomen mellan klient och behandlare kan försämra prognoserna för en lyckad behandling.

Att under behandling ytligt identifiera sig med sin behandlare kan bli ett sätt att slippa ta itu med sina djupare psykiska problem. Ett exempel är personer med antisocial personlighetsstörning som brukar fungera bäst i auktoritära miljöer där de ges få valmöjligheter och där behandlare är bestämda och ger tydliga besked, ett förhållningssätt som missbrukare utan allvarliga personlighetsstörningar brukar sky. Som ett försvar kan de då identifiera sig med behandlarens uppträdande och själv (ytligt sett) bli "terapeutisk" till sitt sätt att bemöta andra. Efter behandlingen faller denna fernissa och klienten återgår till sitt gamla mönster (Fridell, 1991).

Ett annat problem som kan uppstå vid behandling eller motivationsarbete är överföringsmekanismer. Klientens erfarenheter och tidigare objektrelationer påverkar hans sätt att relatera till det nya objektet (i det här fallet behandlaren). Det gör att situationer och handlingar blir svårtolkade i förhållande till den aktuella situationen, det som terapeuten tolkar som en sak kan istället röra sig om något helt annat, som ett sätt för klienten att

redogöra för sin ”verklighet”. Utan kunskap om klientens psykopatologi kan det skapa kontraproduktiva reaktioner från terapeuten istället för att använda beteendet och låta klientens agerande bestämma förloppet, så att han blir medveten om sin benägenhet att förväxla olika objekt och ge möjlighet till en förändring inifrån (a.a.).

Teoretisk utgångspunkt

Sociala problem som en konstruktion

De senaste decennierna har det blivit allt vanligare att forskare ser på sociala problem som en social konstruktion där bl.a. debattörer, organisationer och politiska aktörer skapar en diskurs kring vilken de sedan definierar ett socialt problem. Vad som är ett socialt problem och hur det ska bemötas från samhällets sida förändras därmed över tid, detsamma gäller vilka individer som ska ingå i den grupp som anses ha detta problem. Här bör det dock göras en åtskillnad mellan individuella och sociala problem. Bara för att diskursen förändras innebär inte detta att de individuella problemen förändras, människors verklighet ser fortfarande likadan ut även om det kan ha en viss betydelse för den egna uppfattningen av problemet hur man bemöts av andra (Danermark & Kullberg, 1999 och Bergmark & Oscarsson, 2000).

Min utgångspunkt i detta arbete är att individer upplever missbruks- och psykiska problem utifrån sina egna erfarenheter och utifrån den sociala värld i vilken de befinner sig (där samhällets stödinsatser är en del). Deras problem går att förklara och bedöma på objektiva grunder med hjälp av termer som bostadssituation, mental hälsa, nätverk och levnadsförhållanden. Dessa kan visserligen anses vara sociala konstruktioner, men det är de verktyg som finns för att försöka påverka människor i en för dem själva positiv riktning. Den egentliga konstruktionen är hur dessa människor bemöts av samhället och dess organisationer, och utifrån vilka idéer vi organiserar det sociala arbetet. Riktlinjen bör vara att skapa bästa möjliga förutsättningar för behandlare och vårdgivare att bemöta klienter utifrån deras egna livssituationer.

Människobehandlande organisationer

I tidigare organisationsteorier har organisationer ofta setts som slutna system där aktörerna självständigt kan formulera verksamhetens mål och bestämma hur de vill uppnå dem. Många forskare idag ifrågasätter detta och studerar istället organisationers beroende av omvärlden. De vill problematisera vad som menas med en organisations mål, hur de ska beskrivas och hur organisationen bör vara uppbyggd för att nå dessa mål (Danermark & Kullberg, 1999).

Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården tillhör det som kallas för *människobehandlande organisationer*. Begreppet används för att diskutera de förutsättningar och villkor som offentliga myndigheter och andra organisationer som arbetar med välfärdstjänster och social

service arbetar under. Gemensamt för dessa är att de i någon form arbetar med människor; vare sig det gäller vård, behandling eller något annat vill de försöka definiera eller förändra människors hälsa, livssituation eller andra personliga levnadsförhållanden (a.a.). Arbetet i människobehandlande organisationer karakteriseras av relationen mellan klient och den anställde inom organisationen, det som händer i det mötet avgör ofta kvaliteten på insatsen. Eftersom detta möte till stor del handlar om personliga egenskaper är det svårt för organisationen att ha kontroll över situationen, det krävs även för det mesta samtycke från klienterna (Larsson & Morén, 1988).

Vare sig utformningen av organisationerna är styrt av skilda särintressen, olika sociala krafters kulturella normer eller en uttänkt policy av rationella målformuleringar (Lindqvist, 1998) så arbetar organisationerna ofta under motstridiga eller ambivalenta målformuleringar och deras arbete är också ofta svårt att mäta i resultat eller att utvärdera. De är styrda av politiska beslut och verkar i en samhällsstruktur som förändras med jämna mellanrum vilket påverkar organiseringen av det egna arbete. Därför är det ofta svårt för aktörer inom verksamheterna att bestämma sin egen utvecklingslinje eller att själva ha kontroll över hur de ska kunna förbättra sina arbetsmetoder (Danermark & Kullberg, 1999).

Sunesson (i Danermark & Kullberg, 1999) menar att för att analysera samspelet mellan och inom organisationer är det meningsfullt att skilja mellan tre olika domäner. En överordnad (politisk) domän som är det sätt på vilken politiker påverkar ett område, på denna nivå finns bl.a. socialtjänsten och hälso- och sjukvården som har olika lagar och förutsättningar att rätta sig efter. Nästa är en social domän inom vilken samspel mellan och inom organisationer kan studeras, en aspekt av detta är att olika professioner har sina egna kunskapsområden. Den tredje är en praktisk domän som är de konkreta aktiviteter som pågår inom en verksamhet, hur arbetet är organiserat och vilka relationer som finns till andra aktörer på samma område. Några forskare använder sig även av en fjärde domän som utgörs av brukarnas inflytande på hur en organisation arbetar (Danermark & Kullberg, 1999). Detta medför att:

ett skeende som vid en första anblick t.ex. uppfattas röra två eller flera professioners eller yrkesgruppers skilda sätt att definiera och förklara ett visst problem, vid en närmare penetrering även kan visa sig gälla frågor som rör de skilda sätt som de organisationer som företrädarna är verksamma inom arbetar, de politiska mål som finns uppställda för dessa sektorer av samhället, eller det inflytande som klienter har över den behandling de erhåller i de aktuella organisationerna. (a.a., s. 61)

Två olika huvudmän

Socialtjänstens förutsättningar

Socialtjänstens verksamhet styrs främst av socialtjänstlagen (SoL) som är en ramlag. Några bärande principer är självbestämmanderätt, helhetssyn, normaliserings- och närhetsprincipen samt att arbetet ska utgå från klientens egna resurser. Socialtjänstens verksamhetsområde gäller främst sociala frågor, vid psykiska problem är de ofta hänvisade till psykiatriens verksamheter (Danermark & Kullberg, 1999). Däremot har socialtjänsten det yttersta ansvaret i den meningen att de som inte kan få sina behov ”tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd från socialnämnden /.../ för sin livsföring i övrigt.” (SoL 4:1; Norstöm & Thunved, 2002:65). Detta borde innebära att en person som ansöker om bistånd för psykiska problem hos socialtjänsten, efter att ha blivit nekad hjälp hos sjukvården, är berättigad till det om socialtjänsten finner att behov föreligger.

Inom socialtjänsten finns bara dokumentationsskyldighet kring det som rör deras myndighetsutövning. Detta kan skapa problem då det ibland råder okunnighet bland tjänstemän om när deras arbete är myndighetsutövning och när det är annat arbete. Tjänstemän på socialförvaltningen har ingen egen beslutanderätt, den ligger på nämnden som dock kan delegera viss beslutsrätt till andra. Detta gör att politikerna har stor makt över det praktiska sociala arbetet. Besluten går sedan att överklaga vilket ger förvaltningsdomstolarna stor betydelse som prejudicerande kraft (Danermark & Kullberg, 1999). Några viktiga lagparagrafer som styr socialtjänstens ansvar för klientgrupperna psykiskt funktionshindrade och missbrukare (och deras samverkan med sjukvården) är:

Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. /.../ (SoL 2:2; Norström & Thunved, 2002:31)

Socialnämnden skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra.

Socialnämnden skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.

Kommunen skall inrätta bostäder med särskild service för dem som till följd av sådana svårigheter som avses i första stycket behöver ett sådant boende. (SoL 5:7; a.a., s.104)

/.../ Kommunen skall planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder. I planeringen skall kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer. (SoL 5:8, a.a., s. 106)

Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukare får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs. (SoL 5:9; a.a., s. 108)

Psykiatrins förutsättningar

Psykiatrins insatser regleras bl.a. av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), även den är en ramlag men den är mindre detaljreglerad än vad socialtjänstlagen är. HSL innehåller däremot tydliga regler för vilken utbildning som krävs för att arbeta inom flera av sjukvårdens olika yrkesområden, till skillnad från socialtjänsten finns inom psykiatri krav på legitimation för flera yrkesgrupper. Målet för hälso- och sjukvården är ”*en god hälsa och en vård på lika villkor*” (Sahlin, 1997:41). I lagen finns (liksom i SoL) principer om självbestämmande och integritet samt ett förebyggande ansvar och med ”god hälsa” avses även social hälsa. De överlappningsområden som finns mellan HSL och SoL är tänkta att hanteras med hjälp av samverkan mellan parterna (Danermark & Kullberg, 1999).

Hälso- och sjukvården är en professionellt styrd organisation. Ett beslut som är taget inom psykiatri går inte att överklaga, detta gör att en klient inom psykiatri är mindre skyddad i rättsligt avseende än vad denne skulle vara inom socialtjänsten. Däremot finns ett väl utbyggt system för att klaga på vården och få igenom reprimander mot personal för begångna fel. Rätt utbildning är en förutsättning för att bedriva god vård, med utbildning följer ett ansvar för sina arbetsuppgifter. Inom psykiatri råder en stark hierarki mellan olika yrkesgrupper, de som står överst är läkarna. De har även beslutanderätten i klientkontakter, politiker har ingen makt över medicinska beslut, det innebär att personal inom psykiatri har ett mycket större eget ansvar för sina beslut än vad anställda inom socialtjänsten har. Beslut inom denna sektor har också ett lagkrav på sig att följa vetenskap och beprövad erfarenhet (a.a.).

Förklaringsmodeller inom socialtjänsten

För socialarbetare finns det ingen enhetlig teoretisk förklaringsmodell varken för uppkomsten av missbruk eller psykiska problem. Inom missbruksområdet finns det flera olika förklaringsmodeller och behandlingsmetoder som används parallellt av de yrkesverksamma som är involverade i missbruksvården. Detta beror delvis på att socialt arbete är ett heterogent kunskapsområde med oklara gränser mot andra discipliner. Kunskapsbasen är bl.a. hämtad från sociologin, psykologin och biologin (Danermark & Kullberg, 1999).

Centralt för det sociala arbetet är att insatser bör utformas i samspel mellan klient och socialarbetare, det finns ett interaktionistiskt förhållningssätt. Arbetet är pragmatiskt i den meningen att man försöker anpassa metoderna efter förhållandena i det aktuella fallet. Problemområdet är att se till hela individens livssituation; boende, sysselsättning, missbruk etc. Förutom att se till vilka medel som bäst når önskat resultat (målrationalitet) finns det även moraliska och kontrollerande aspekter i klientkontakten. Socialarbetare gör ofta bedömningar av känslomässig karaktär, en ”moralisk” bedömning av klienten kan ha betydelse för beviljningen av bistånd. Detta har att göra med att till socialarbetares område hör frågor om vad som är önskvärt och tillåtet i samhället, det finns normativa inslag inbyggda i yrkesfunktionen (a.a.).

Sociomyrket har en relativt låg status i förhållande till andra akademiska utbildningar, t.ex. läkare och psykologer. En tänkbar anledning till det är den stora spännvidd som arbetsområdet utgör, djupa kunskaper har fått ge vika för breda kunskaper. En annan kan vara den osjälvständighet som finns p.g.a. den viktiga roll som den politiska domänen utgör. Socialtjänstens utformning är ytterst en spegling av den rådande ideologin i samhället (a.a.).

Förklaringsmodeller inom psykiatri

Psykiatrins problemområde är mycket mer avgränsat än socialtjänstens, de praktiserar diagnosticering och behandling av mental ohälsa. Deras syn på orsaker till psykisk ohälsa kan kallas för en biopsykosocial modell, d.v.s. att de menar att orsakerna går att finna i ett samspel mellan biologiska, psykologiska och sociala förhållanden. Olika skolor betonar delarnas styrkeförhållande på olika sätt. Viktigt är dock hur individens psykiska struktur formas i tidig ålder när barnet konfronteras med sin omgivning. Någon sammanhängande teori om hur de tre olika delarna påverkar varandra finns inte, i behandlingsmomentet är det dock de biologiska och psykologiska aspekterna som betonas (Danermark & Kullberg, 1999).

Läkare är en yrkesgrupp som har hög status och som ofta har ensamrätt att definiera problem inom sitt område utifrån sin specialistkompetens. De använder sig av mål-medel rationalitet i sitt arbete och har få normativa inslag. Deras praktiska arbete är sjukdomsorienterat och diagnoser ligger till grund för all behandling. Diagnoser kan dock vara ett osäkert instrument vilket öppnar upp för andra synpunkter och ibland för ifrågasättanden från andra yrkesgrupper. Psykiatrin vilar dock på en större vetenskaplig grund än vad socialtjänstens arbete gör (Danermark & Kullberg, 1999).

Samarbete/samverkan

Varför samarbeta?

Det är svårt för en offentlig myndighet att kunna ge hjälp och stöd när klienters problembild blir för vid, då krävs ofta en bredare kompetens och ett samarbete med andra verksamheter blir nödvändigt för att de ska kunna lösa sina uppgifter. Berörda parter i samarbetet kan se ett problem ur olika perspektiv och ha annorlunda syn på vilka mål som ska sättas upp och med vilka medel de kan nå målet. Dessa olikheter kan komplettera varandra och ge en bredare bild av individer och deras situation. Samarbete har inget självändamål utan bör användas när klienters behov kräver hjälpinsatser från olika kompetensområden. Ett gott samarbete förutsätter att respektive organisation tar fullt ansvar för sina ålagda ansvarsområden (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, 1998:4). Ove Mallander (1998) menar att en offentlig organisation strävar mot autonomi och att detta är svårt att förena med organiserat samarbete. Samtidigt har välfärdssystemet differentierats vilket innebär att desto mer

specialiserad en verksamhet är desto större blir beroendet av andra aktörer. Detta kräver samarbete och tillit till varandra istället för konkurrenstänkande.

Faktorer som möjliggör och försvårar samarbete

Danermark och Kullberg (1999) tar upp faktorer som hämmar och gynnar samarbete. Några centrala punkter för att samarbete ska ha möjlighet att fungera är att det finns en tydlig ansvarsfördelning, klart formulerade och gemensamma mål, utbyte av kunskap mellan professionerna genom regelbunden fortbildning, en tydlig kostnadsfördelning samt att inte ha för stor arbetsbelastning. För samverkansprojekt är det dessutom viktigt att klienterna utgör en klart avgränsad målgrupp.

Det är en försvårande faktor att de olika huvudmännen har olika beslutssystem där socialtjänsten är politikerstyrd medan psykiatrin är läkarstyrd. Det finns dock olika åsikter om svårigheterna beror på dess olika organisationsstrukturer eller om de beror på att det är olika yrkeskårer som ska samarbeta (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, 1998:4).

Socialtjänsten och psykiatrin har utvecklat olika *institutionella epistemologier*, vilket betyder att verksamheterna har olika sätt att definiera ett problemområde utifrån organisationernas yrkesroller och normer. Detta är en tänkbar anledning till varför de har problem när de ska samarbeta över yrkesgränserna. Olika yrkesområden försöker försvara och utvidga anspråken för sina egna teoretiska grunder och framhäva sina egna problemdefinitioner, bl.a. vid tjänstetillsättningar eller tilldelning av allmänna medel (Danermark & Kullberg, 1999). Här följer i punktform några hinder för samverkan (Psykiatriuppföljningen 1999:4:72f):

- Kostnadsövervältring mellan parterna, eller farhågor om detta vilket gör att var och en försöker värna om sitt revir och sin budget
- budgetgränserna som gör det legitimt för en part att spara 10 000 kr för att rädda egen budget även om det leder till samhällelig merkostnad på 100 000 kr
- budgetmodellen som gör det viktigare att hålla budget i ett ettårsperspektiv än att agera långsiktigt och med ett investeringsperspektiv
- brist på gemensamma målsättningar för vad som ska uppnås i arbetet
- olika bilder av problemet, klienten kan ses som ett missbruksproblem, psykiatriskt problem, försörjningsproblem, boendeproblem, polisiärt problem
- man har inga etablerade nätverksmodeller att arbeta i, man saknar kunskaper och metoder för hur arbetet ska bedrivas och ledas i nätverksorganisationer och gränsöverskridande miljöer
- genom alla besparingar hos olika aktörer finns det en tendens att mer och mer fokusera sig mot det som kallas kärnverksamhet vilket sker på bekostnad av samverkansaktiviteter, som får en lägre prioritet

Olika former av samarbete/samverkan

Samarbete mellan olika organisationers verksamheter kan delas in i olika former beroende på graden av formalisering och om det finns gemensamma mål för samarbetet. En indelning är att skilja mellan *kommunikation*, *samordning*, *konfederation*, *federation* och *sammanslagning*. Kommunikation innebär att det finns ett visst utbyte av information och att parterna ibland rådfrågar varandra, det finns dock ingen formell samverkan. Det finns det inte heller vid samordning, här är det fortfarande fråga om lösa relationer med vaga mål där det kan förekomma informella träffar mellan aktörerna. När det är fråga om konfederation är samarbetet formellare och uppgifterna och målen mer preciserade, det är dock fortfarande ganska lös samverkan. Federation innebär att det finns en formell struktur i samverkan och att uppgifterna är tydligt definierade, det ska också finnas en organisation för att kunna genomföra beslut och åtgärder. Den mest formella samverkansformen är sammanslagning, då upprättas en egen organisation för att arbeta med problem inom ett visst avgränsat område (Mallander, 1998).

Verksamhetsbeskrivningar

Här börjar den empiriska delen av uppsatsen. I detta kapitel kommer jag att kortfattat beskriva de olika verksamheterna där jag har gjort intervjuer. Vem som arbetar där, vilken huvudman de har, vilken målgrupp de vänder sig till och vad arbetet består av.

Alkoholmottagningen

Alkoholmottagningen har samtalsbehandling för alkoholmissbrukare, de har delat huvudmannaskap mellan socialförvaltningen och primärvården. 60 timmar på socialtjänsten och 40 timmar sjukskötersketjänst (en heltidstjänst, sjukskötare) från primärvården. Det är beläget på Södertulls vårdcentral och sjukvården står för lokalerna. Av de 60 socialekreterartimmarna har en socionom (steg 1 utbildning och handledarutbildning) 30 timmar och resten är uppdelat på 3 personer; en psykoterapeut (individualterapeut) som också arbetar på S:t Lars, en psykolog från kriminalvården och en socionom (steg 1 utbildning och handledarutbildning). De har även tillgång till en distriktsläkare från vårdcentralen som kan skriva intyg och recept.

Klienterna är dolda missbrukare av alkohol, de är sällan kända hos socialtjänsten. De har ofta en stabil social situation- åtminstone utåt sett- med bostad, arbete och familj. Klienterna kan inte vara anonyma, eftersom verksamheten sker inom sjukvården måste de föra journalanteckningar om vad som händer. Det är kostnadsfritt och man har hög sekretess som man använder strängt, finns inget medgivande kan inga kontakter tas.

Rådgivningsbyrån

Rådgivningsbyrån har dubbelt huvudmannaskap. De har sina egna lokaler och personalen är anställd av socialtjänsten eller vuxenpsykiatri. Verksamheten utgörs av samtalsbehandling där målgruppen är narkotikamissbrukare av alla slag, alkohol kan förekomma men då i ett blandmissbruk. De har ett speciellt ungdomsteam som arbetar med ungdomar under 20 år. Personalen består av socionomer, sjuksköterskor och en psykolog, de har även en psykiatriker som har mottagning en dag i veckan. De flesta har steg 1 utbildning; psykodynamisk eller kognitiv. De har ingen enhetlig behandlingsmodell utan utgår ifrån individen. Alla har en psykodynamisk grund, de har även arbetat där länge och lärt sig av varandras förhållningssätt. Det är klientens situation och problembild som bestämmer tillvägagångssätt.

Ca hälften av klienterna söker sig själva hit och har inga kontakter med andra vårdinstanser, hälften kommer från socialtjänsten, skolan, sjukvården, kriminalvården etc. De har blivit rekommenderade att söka sig hit, all kontakt är frivillig och kostnadsfri.

Avdelningen för psykiskt funktionshindrade, psykoser

Det finns tre samordnare (en psykiatrisjuksköterska och två socionomer) mellan socialtjänsten och psykiatri som arbetar på avdelningen för psykiskt funktionshindrade. De gör utredningar och fattar beslut om vilka som är berättigade till SoL-insatser när det gäller personer med psykoser. De beslutar om boende och sysselsättning samt verkställer även LSS-enhetens boendebeslut inom området psykoser. Deras klienter har en psykosdiagnos av något slag i botten och den ska anses vara "kronisk". Andra med dubbelproblematik ska söka sig till socialsekreterare på avdelningen för vuxna. Om psykosen är huvudproblemet och den inte är behandlingsbar får de ta missbruket på köpet, när det förekommer.

Mycket av verksamheten går ut på att ge stöd i boendet för sina klienter. De har olika slags boendeformer, allt från ett väldigt tätt personalstöd till att man bor i en egen stödbostad dit personalen kommer. De har två lågröskel-boenden, Jonsgård och Boregård, som är specialiserade för psykos- och missbruksproblematik. Klienterna kommer till största delen från psykiatri där de är färdigutredda. De har även en del av verksamheten som heter *specialteamet* som arbetar med boendestöd och med uppsökande verksamhet. De försöker att fånga upp dem som inte har några kontakter inom vården. Det är inte missbruk som gör att de söker upp folk, utan fall och händelser där människor far illa och de tror att det kan ha med psykiatri att göra.

Psykos- och missbruksteamet (POM-teamet)

POM-teamet är ett tvåårigt (2001-12 till 2003-12) samverkansprojekt som drivs gemensamt av psykiatri och socialtjänsten. Uppdraget för verksamheten är att utveckla metoder för att integrera behandling, stöd och rehabilitering för personer med dubbelproblematiken

psykosjukdom och missbruk. De arbetar under projekttiden med en fast patientgrupp på 25 personer med diagnosticerad psykosjukdom och ett dokumenterat missbruk. Här arbetar en socionom, en behandlingsassistent, två sjuksköterskor/sjukskötare och en läkare (tio timmar/vecka). Projektet utvärderas av Institutionen för neurovetenskap vid Lunds Universitet.

Psykiatriska akutmottagningen

Psykiatriska akutmottagningen är en mottagning för Lunds, Orups och Landskronas sjukvårdsdistrikt. Patienterna söker akut dygnet om. På mottagningen görs en bedömning av patientens hälsotillstånd. Här arbetar läkare, sjuksköterskor och kurator. Kräver patientens hälsotillstånd heldygnsvård blir patienten inlagd på psykiatrisk vårdavdelning. Om inte planeras någon form av uppföljning via psykiatrisk öppenvård, primärvård, socialförvaltning, beroendeenheter, omsorgsverksamhet, sjukhem eller någon annan verksamhet. Samtliga patienter oavsett om de är drogpåverkade eller ej får en bedömning. Det är patientens hälsotillstånd som är det primära och därmed också det avgörande för vad som skall hända.

Enheten för utredning- och uppföljning, socialförvaltningen

En del av socialförvaltningen i Lund är avdelningen för vuxna, den är indelad i tre enheter; en utrednings- och uppföljningsenhet (skrivs utredningsenheten i fortsättningen), en insatsenhet samt en erbjudandeenhet. Utredningsenheten arbetar med myndighetsutövning utifrån SoL och LVM, arbetsgruppen består av nio socialsekreterare och en enhetschef. De tar emot ansökningar från enskilda där det vanligaste är att de vill ha hjälp med sin missbruksproblematik, de tar även emot anmälningar om att någon far illa p.g.a. missbruk från anhöriga, vårdgrannar eller andra. Efter ansökan/anmälan gör de en utredning och beslutar om vilken insats som kan vara tillämplig i det enskilda fallet.

Presentation av intervjuer och diskussion

I min presentation har jag valt att tematisera materialet under några rubriker. Varje tema innehåller en redovisning av mitt insamlade material, sist i kapitlet kommer en diskussion av resultatet kring relevanta frågor och jämförelser med tidigare forskning. Citaten i redovisningen lyfter fram väsentliga aspekter av informanternas beskrivningar och är tänkta att ge en överblick för ett fortsatt resonemang i diskussionsdelen.

Missbruk/psykisk störning/diagnoser

De som jag har intervjuat använder sig av begreppen missbruk och psykisk störning/sjukdom antingen väldigt löst eller pragmatiskt, d.v.s. de har betydelse i den mån som de behövs för att

avgöra vilka klienter som är aktuella för respektive verksamhet eller för hur behandlingen ska utformas. Exempel från Alkoholmottagningen och Rådgivningsbyrån är:

Det är sällan det kommer klienter med svåra psykiska störningar som inte redan har kontakt med psykiatri. Med det vida begreppet psykisk störning, inkl. depressioner och ångest, är det uppskattningsvis drygt hälften som lider av det. Det är mest detta och en del lättare borderlinestörningar. Allvarlig borderline, psykopater, psykotiska, är svåra störningar som vi inte kan ta emot. Att sätta en diagnos kan vara ett verktyg för klienten att förstå sin situation, bara man ser det som just nu, det är inte stigmatiserande. Det gäller beroende och depressioner, borderline försöker vi omformulera "du har lite tunna väggar", det är därför att det har en negativ klang och därför använder vi inte det. Prata om hur det ytrar sig istället, ofta är de ju medvetna om vilka svårigheter de har (socionom, Alkoholmottagningen).

Vi har klienter med alla slags psykiska störningar. De flesta missbrukare har en personlighetsstörning av något slag, grövre eller lättare, t.ex. jagsvaghet. Vid vissa svåra psykiska sjukdomar, svår schizofreni eller psykoser, vill vi att psykiatri tar över. Vi tycker att vi är duktiga här, men vi kan inte vara bäst på allt, det finns andra som är mer specialister på det och då bör patienten få tillgång till den hjälpen (socionom, Rådgivningsbyrån).

Både till Alkoholmottagningen och Rådgivningsbyrån söker sig klienterna själva, antingen på eget initiativ eller efter rekommendation från någon annan verksamhet. Oavsett graden av problem tas alla emot och får behandling eller remitteras vidare utifrån deras egna förutsättningar och problem. Missbruk blir användandet av droger på ett sådant sätt att bruket är problematiskt för klienten. Båda arbetar dessutom med f.d. missbrukare som nu är drogfria men som fortfarande mår dåligt. Till exempel klienter som har varit på slutenvårdsbehandling men som inte har bearbetat orsakerna till missbruket ordentligt, problem som låg bakom missbruket kvarstår efter behandlingen.

Kuratorn på psykiatriska akutmottagningen menar att "samtliga patienter oavsett om de är påverkade eller ej får en bedömning. Det är patientens hälsotillstånd som är det primära och därmed också det avgörande för vad som skall hända". Inläggning eller uppföljning i öppenvård blir frågeställningen. klienter med långvarigt missbruk av alkohol och droger kan LVM- anmälas om det finns stöd för det. För att det ska kunna ske måste missbruket vara det primära. "Kombinationen psykisk störning och ett sekundärt missbruk är tämligen vanligt. Här kan LPT tillämpas om patienten inte samtycker till vård" (kurator, psykiatriska akutmottagningen). Det vanliga är dock att de remitterar vidare klienterna till någon annan verksamhet för behandling eller uppföljning, till vilken verksamhet beror på vilken problematik det rör sig om.

Informanten på utredningsenheten talar också om det i termer av vad som är det primära:

Många av de missbrukare som vi har att göra med har ju i varierande grad psykiska problem, vad som är hönan och vad som är ägget är ju frågan, är den psykiska störningen en konsekvens av ett alltför idogt missbrukande under alltför lång tid eller har man börjat i den ändan att man har självmedicinerat (socionom, utredningsenheten).

Han menar vidare att de inte använder sig av formella diagnoser för missbruk eller beroende, har det gått så långt att någon får kontakt med utredningsenheten så föreligger det ett missbruk. Insatsens art är en bedömning som de gör utifrån vad den enskilde berättar om sin situation.

POM-teamet och samordnarna inom avdelningen för psykiskt funktionshindrade arbetar bara med klienter som har psykosproblematik, de flesta i kombination med missbruk. Tanken bakom POM-projektet är att de ska ha en helhetssyn kring klientens livssituation, att de genom att optimera den medicinska behandlingen och att motivera till drogfrihet ska kunna ge klienterna ett bättre stöd än tidigare.

Innan fanns psykiatrisk öppenvård för det psykiatriska och socialtjänsten för missbruket. Men de hamnar ju lätt mellan stolarna. Psykiatrin skyfflar över missbruket på kommunen och vice versa. Det blev inget helhetsgrepp kring individen. Nu har vi allt ansvar kring våra klienter. Vi har fångat upp dem på ett helt annat sätt, vi har också möjlighet till en helt annan kontinuitet, tidigare har de kanske haft kontakt en gång i månaden, vi träffar de flesta varje vecka, vissa träffar vi flera gånger i veckan (sjukskötare, POM-teamet).

Samordnarnas klienter har en psykosdiagnos av något slag i botten. Andra med dubbelproblematik söker sig till socialsekreterare på avdelningen för vuxna.

Om psykosen är huvudproblemet och den inte är behandlingsbar får vi ta missbruket på köpet, när det förekommer. Vi står aldrig för behandling av missbruket. Vi står för stöd och service utifrån ett boendeperspektiv (samordnare, avd. för psykiskt funktionshindrade).

De gör egna utredningar om stöd enligt SoL och verkställer dessa beslut samt de som ingår i LSS-verksamheten där klienter med kronisk psykosproblematik också kan få hjälp till sysselsättning eller boende. Inom LSS i Lund har de definierat *allvarlig psykisk störning* i lagtexten som klienter med psykosproblematik, inga andra psykiska störningar. De har hittills resonerat att det är på psykossidan som de största behoven finns, de är många till antalet och det är en eftersatt grupp där många blev bostadslösa under en period. Andra psykiska störningar betraktar de som behandlingsbara och då uppfylls inte rekvisitet varaktighet i lagtexten¹⁰.

¹⁰ Den aktuella lagtexten lyder (följt av kommentar):

LSS §1 p3: *Varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service (Norström & Thunved, 2002).*

”Om en person med missbruksproblem erhåller ett stort och varaktigt funktionshinder som förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service, vare sig det beror på missbruket eller inte, omfattas denne av lagen. Detsamma gäller personer med långvariga psykiska störningar/psykisk sjukdom där symptomen leder till nedsättningar i de psykiska och sociala funktionerna i sådan grad att kriterierna i tredje punkten är uppfyllda. Det är alltså fråga om allvarliga och varaktiga funktionshinder” (a.a., s. 376).

Attityder till psykiskt störda missbrukare

Kombinationen av missbruk och någon form av psykisk störning innebär ofta att klienternas problematik är något som präglar hela deras livssituation. Desto allvarligare psykisk störning eller desto mer utvecklat missbruket är desto mer omfattande är de sociala problemen runt klienten. Alkoholmottagningen har, som vi har sett, en mer socialt etablerad klientgrupp än de andra verksamheterna: ”de (klienter med psykisk störning) lever någorlunda stabilt, men kan slå över rejält under pressade situationer” (socionom, Alkoholmottagningen). De har en hög andel kvinnor bland klienterna, ”de dricker i större omfattning som ett symptom på bakomliggande problem- lågt självförtroende, ångest, problem i familjen- vilka alla kan vara depressionsframkallande” (socionom, Alkoholmottagningen). De andra informanterna betonar mer gruppens mångfacetterade problembild:

Det svåra är att dessa patienter (svårt psykiskt störda med missbruk) har förutom en beroendeproblematik och en psykiatrisk eller somatisk störning också en omfattande social problematik med bostads- och försörjningsproblem, ibland också kriminellt belastade. De har sällan eller aldrig ett fungerande socialt nätverk (kurator, psykiatriska akutmottagningen).

Vi har klienter med alla slags social situation, boende från härbärgen, bostadslösa etc. De som sitter utanför systembolaget kommer sällan, de kommer ibland för att få omvårdnad eller om det är något som strulat till sig. De känner tillit till Rådgivningsbyrån hit kan man komma upp och få lite hjälp och kanske ringa socialen eller något annat. Hit går man när man är beredd att lägga av (socionom, Rådgivningsbyrån).

Psykosjukdomen försämras av pågående missbruk. Vid aktivt missbruk missar klienterna ofta att ta sina mediciner och att hålla tider vid möten etc. De lever så pass kaotiskt rent socialt. De kan också ha andra mediciner, lugnande etc, som är beroendeframkallande och som interagerar med droger. Denna sidomedicinering är något som vi försöker sanera så mycket vi kan. Ställa in dem på minsta möjliga doser (sjukskötare, POM-teamet).

Den värsta klientgruppen när det gäller psykisk störning är svårt att svara på, många skulle nog säga att en minst lika svår klientgrupp som vår är de med svåra personlighetsstörningar. Det förekommer aggressivitet och utåtagerande beteende bland våra patienter också men det är vanligare bland personlighetsstörda. De syns ofta mer än vad vår patientgrupp gör, härjar runt och ställer till mer bråk på stan. Många av våra klienter lever ett ganska tillbakadraget isolerat liv. En del ser man på torget men många lider i det tysta (sjukskötare, POM-teamet).

Socionomen på utredningsenheten menar att svårt psykiskt störda missbrukare som inte har någon diagnos i viss mån är en eftersatt grupp. Människor med grava personlighetsstörningar passar inte in i de boenden eller andra verksamheter som finns inom avdelningen för psykiskt funktionshindrade, då de vänder sig till personer med psykosproblematik är de inte tillräckligt ”sjuka” för dessa. De platsar egentligen inte heller någon annanstans utifrån att de inte är tillräckligt ”friska”. Detta gör att det finns en grupp som står mittemellan tillgängliga insatser och det funderas mycket över hur man ska kunna hjälpa dem. Detta beror till stor del på otillräckliga resurser. En del av dessa bor på stödboendet på härbärgen där de egentligen inte borde bo eftersom deras målgrupp primärt är missbrukare. ”Hamnar de här personerna, där

man inte har någon annan lösning på deras boende, på stödboendet så blir de en propp i systemet” (socioonom, utredningsenheten).

Behandling

Socialekreterarna på utredningsenheten har samtalskontakter med klienterna. De har lösningsfokuserad utbildning som de använder sig av i varierande grad, utifrån hur säkra de känner sig med dessa metoder. De har också möjlighet att som bistånd använda sig av terapeuter utifrån som arbetar lösningsfokuserat. De förespråkar också att klienterna ska ta kontakt med t.ex. Rådgivningsbyrån för samtalsbehandling.

Vad vi håller på med just nu är att vi försöker göra en inventering, tillsammans med avdelningen för psykiskt funktionshindrade och vård och omsorgsavdelningen, för att få en uppfattning om hur många som har grava personlighetsstörningar i kombination med missbruk, bl.a. de som sitter i våra stödboenden och som inte kommer vidare. Förhoppningen är att vi utifrån hur många de är ska kunna sy ihop en lösning utifrån vilka behov de har. Än så länge finns dock inte ändamålsenligt utformade insatser för den gruppen (socioonom, utredningsenheten).

Behandlingen på Alkoholmottagningen utgörs av samtalskontakter som är långvariga och täta (ca 1 gång/vecka under första halvåret). Samtalen kretsar kring den enskildes individuella problematik utöver drickandet. Följa med i det som händer i klientens liv när det händer och skapa en relation. Därefter blir träffarna glesare i de flesta fall. Totaltiden är sällan mindre än ett år. De flesta går där i upp till två år, ibland längre vid grav alkoholproblematik. De försöker även få med viktiga anhöriga i behandlingen. De använder sig av ett standardiserat frågeformulär (AVI, alkoholvaneinventoriet) för att få en profil på missbruket; psykologiska vinster, relationskomplikationer, socialt utbyte och hur ofta någon dricker. Det blir ett bra redskap att använda i samtalen. Det ger också en jämförelse med andra alkoholister.

Arbetet på Rådgivningsbyrån består också av samtalsbehandling för att motivera till drogfrihet och för att reda ut det som då händer med klienten, allt det som dyker upp på ytan när klienten ska ta itu med sitt liv. Dels det som drogerna har ställt till med i individens liv och dels orsaken till missbruket. Frekvensen i kontakterna varierar, i början försöker de dock träffas en eller två ggr i veckan. Kontakten kan också innebära att klienten försöker motiveras att reducera missbruket så mycket som möjligt under rådande omständigheter. Avhålla sig vissa dagar eller ligga lägre i dosen osv. Socionomen där menar att de flesta klarar behandling i öppenvård: *”De flesta klarar dock att bli drogfria med avgiftning i öppenvård och samtalsbehandling, ca 20% rekommenderar vi till behandlingshem.”*

Det finns klienter med alla slags bakgrund. Personer som använder narkotika som självmedicinering och klienter som har farit illa p.g.a. missbruket, därför behövs det olika tillvägagångssätt för olika klienter (socioonom, Rådgivningsbyrån).

Samordnaren på avd. för psykiskt funktionshindrade betonar helheten och vikten av ett ordnat boende för att ge bra förutsättningar för god vård/ behandling.

Bland de svåraste klienterna tror jag att man måste tänka integrerad boende och behandling, därför att det är så mycket vård i det för att kanske stävja beteende och missbruk. Där boendet kan fungera som en ram kring individen (samordnare, avd. för psykiskt funktionshindrade).

POM-teamet försöker ta detta helhetsgrepp över klienternas situation; deras sociala problem, deras psykotiska problematik och deras missbruk. De försöker att effektivisera den psykiatriska behandlingen så mycket som möjligt. De arbetar med aktivt stöd i klienternas boende och använder som grundsten för missbruksbehandlingen en metod som är utvecklad av Kim Mueser för svårt psykiskt sjuka missbrukare. Den bygger på ångstreducering, tillitsskapande och långvariga kontakter, öppen dialog kring drogers konsekvenser samt noggrann medicinsk uppföljning.

Det är väldigt svårt för en öppenvårdsdoktor som träffar dem en gång i månaden att optimera den psykiatriska behandlingen och att se vilken behandling som är mest effektiv. När man träffar dem så ofta och har möjlighet att själva söka upp dem så öppnar sig andra medicinska möjligheter. Vissa mediciner kräver strikta restriktioner och viss kontroll av regelbundenhet i intaget. Vi har nu klienter som man inte tidigare har vågat använda viss medicin på. Vi lägger upp all behandling utifrån individens behov. Den skiljer sig från annan vedertagen missbruksbehandling i det att den inte är konfrontativ. Det är inte särskilt effektivt mot psykospatienter. Vi går in för att reducera patientens ångest. Missbruket fyller ju trots allt en funktion för de här klienterna. Att lära dem att hantera sin ångest med så lite droger som möjligt (sjukskötare, POM-teamet).

Att bara arbeta med psykosproblematik tycker informanten är en viktig aspekt i arbetet.

För vår del tror jag att målgruppen är bra avgränsad, däremot vore det bra med ett separat team för klienter med personlighetsstörningar. Ofta kan metoderna skilja mellan målgrupperna, kanske vara mer konfrontativ mot personlighetsstörningar. Många med borderline tex skulle ju också behöva team som har helhetsansvaret runt deras situation. Men det blir ju ett helt annat koncept än det vi kör med här. Våra behandlingsmetoder skulle ju kunna göra dem psykotiska (sjukskötare, POM-teamet).

Boende

Bostadsfrågan är ju en stor och central fråga. Där har kommunen ett antal stödlägenheter som de förfogar över (andrahandskontrakt i vanliga bostadshus som kan övertas av klienten efter en viss tid). Dessa sorterar under insatsenheten (de fattar besluten, i samråd med utredningsenheten). Deras behandlingsassistenter har tillsyn över dessa lägenheter. I Lund finns även ett härbärke (Piletorp). Där finns ungefär tio platser som kallas för stödboende och tio rena härbärgesplatser för sovande nattetid. I stödboendet har klienterna tillgång till eget rum och personal. Tanken är att klienterna kommer in i härbärgsdelen p.g.a. missbruksproblem och att de sedan ska kunna ta steget över till stödboendedelen för att sedan gå vidare till andra boendeformer, t.ex. stödlägenhet. Det finns också boendeformer med

personal på andra håll med varierande krav, där det gemensamma är att klienterna ska jobba ”seriöst” mot drogfrihet.

Även avdelningen för psykiskt funktionshindrade har olika boenden, allt från ett väldigt tätt personalstöd till att klienterna bor i en egen stödbostad dit personalen kommer. De har två lågtröskel-boenden, Jonsgård och Boregård, som är specialiserade för psykos- och missbruksproblematik. Inom deras boenden jobbar de mycket med missbruksbiten men det anses inte alltid vara behandlingsbart. Då försöker de skapa en situation utifrån det, skapa trygghet, och gå vidare utifrån det. De har även klienter som inte klarar deras boenden därför att deras beteende är alltför utagerande.

Vi har även klienter som inte kan vara i Lund, trots ett ordnat boende, utan inlåsning. Då kan man försöka ordna ett nytt boendialternativ tillsammans med något vårdhem någon annanstans. Det är miljön i Lund och omgivningen som gör att det hela tiden vippar. Detta gäller patienter om blir våldsamma och stökiga och som uppfattas som en fara både för sig själv och för andra (samordnare, avd. för psykiskt funktionshindrade).

På POM-teamet står man för stöd både i kommunens stödlägenheter, på lågtröskelboenden och hos klienter med egen lägenhet.

Vi har kontakter inom socialtjänsten och regelbundna möten med dem, men de flesta av klienterna har sin boendesituation ordnad före inskrivningen hos oss. Sen fungerar den mer eller mindre bra (sjukskötare, POM-teamet).

Ansvarsfördelning

Det är viktigt att definiera var och ens arbetsfält och ansvarsområde när man pratar om något så omfattande och förvirrande som dubbelproblematik. Det är vi som beslutar vilka som hör till oss i våra utredningar och beslut. Är en psykisk sjukdom behandlingsbar är huvudansvaret hos psykiatrin, eller någon annan enhet inom socialtjänsten beroende på hur det yttrar sig, är missbruket det stora blir behandlingen utifrån ett missbruksperspektiv. För att se till ansvaret måste man titta på individen, alla är unika. I bland finns det så problematiska klienter med mycket våldsamerhet eller kriminalitet som faller mittemellan ansvarsgränserna (samordnare, avd. för psykiskt funktionshindrade).

Vid förekomst av psykiska problem ska klienterna hos socialtjänsten, Alkoholmottagningen eller Rådgivningsbyrån ha möjlighet till konsultation av psykiatriska öppenmottagningar, ”*det fungerar dock inte i praktiken, de är överhopade med arbete och är inte intresserade av klienter med kombinerad missbruksproblematik*” (socioonom, Alkoholmottagningen). Istället diskuterar de där med sin egen distriktsläkare och vid samförstånd kan medicin sättas in, de har även själva långvarig erfarenhet av att arbeta inom psykiatrin. Vid förekomst av svårare psykisk störning, utöver svår depression, försöker de koppla in psykiatrin:

Är klienterna etablerade som psykiskt störda med missbruk (av alkohol) kan vi ta missbruksbiten och de (psykiatrin) får bedöma det psykiatriska behovet. Men det är svårt, trots

lång psykiatrisk anamnes är missbruk ett hinder för psykiatrisk kontakt (socionom, Alkoholmottagningen).

Rådgivningsbyråns och socialförvaltningens upplevelser är snarlika:

Jag är ju dålig på diagnoser som socionom är jag ju det. Vid vissa svåra psykiska sjukdomar, svår schizofreni eller psykoser, vill vi att psykiatrin tar över. Man blir dock lite desillusionerad eftersom ingen annan vill ha våra patienter eftersom de alltid har missbruk också (socionom, Rådgivningsbyrån).

Inom psykiatrin säger man att för att man ska engagera sig i de här människorna så ska det vara så att man ska vara psykotisk, man ska ha en diagnos, och är det då så att man utifrån sjukvårdens sida konstaterar att den här psykosen är drogutlöst (man har blivit psykotisk p.g.a. missbruket) så är det ju bollen över till kommunen igen i den situationen (socionom, utredningsenheten).

Kuratoren på psykiatriska akutmottagningen tycker att det oftast går att avgöra vilket problem som är det primära. Hon menar att om den psykiska störningen är tillräckligt svår blir det psykiatrin uppgift att ta hand om patienten även om det föreligger ett massivt missbruk. På Rådgivningsbyrån tycker de inte att psykiatrin alltid tar detta ansvar. De tycker att psykiatrin behandlar klienter med psykiska problem, men remitterar personer med dokumenterat missbruk vidare till dem:

Upptäcker de missbruk någon gång i anamnesen remitterar de till oss. De tar sin hand ifrån dem därför att då är det missbruk, istället för att se att det bara är sekundärt. Det finns en benägenhet att så fort det finns missbruk så ska man hit även om det egentligen är andra saker som vi ser som är det primära (socionom, Rådgivningsbyrån).

Om då Rådgivningsbyrån kan konstatera att det inte föreligger något aktivt missbruk så borde psykiatrin ta över, ”*de är dock inte lika snabba att ta tillbaks klienter som att skicka hit dem*” (socionom, Rådgivningsbyrån). De försöker dock att remittera tillbaka klienten när missbruksproblematiken är under kontroll.

Samarbete

På Alkoholmottagningen är både läkare och socionomer berättigade att skriva remiss till psykiatrin. Ofta ringer de till någon psykiatriker de känner för att underlätta proceduren. ”*Att ha jobbat länge i stan är ju en kolossal förmån, man känner ju varenda människa*” (socionom, Alkoholmottagningen). Det privata nätverket underlättar även samarbetet för Rådgivningsbyrån, men de ser samarbetsproblem som en resursfråga:

Jag skulle inte önska mer samarbete, däremot är det klart jag skulle önska att enheterna fungerade som det är tänkt. Bekymret är när det finns för lite resurser, eller att någon säger att de ska göra något och att det sedan av tidsbrist eller något annat skäl som jag inte förstår så blir det inte gjort (gäller både kommun och landsting) (socionom, Rådgivningsbyrån).

Generellt sätt är det lättare för Alkoholmottagningen att samarbeta med sjukvården. Delvis därför att de är belägna på en distriktsmottagning och delvis för att med den klientgrupp de har så är behovet av tätare samverkan med socialtjänsten inte särskilt stort. De har tidigare jobbat på S:t Lars och känner mycket folk inom psykiatrin vilket gör att de är välkända av dess personal. Ständiga omorganiseringar inom sjukvården gör dock att det är svårt att upprätthålla formella kontakter, det är lättare med enskilda personer som man har haft kontakt med tidigare. Just nu är de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna ordnade efter bostadsadress (sektorisering), men det ska ändras och återigen bli efter diagnoser. Ett annat problem som nämns i samband med socialtjänsten är att de har stor personalomsättning vilket försvårar samarbetet. Varken informanten på Alkoholmottagningen eller på Rådgivningsbyrån ser betalningsansvaret mellan huvudmännen som ett problem, inom verksamheterna betalar huvudmännen olika tjänster, alla är sedan fria att remittera klienter hit.

På Rådgivningsbyrån ser de inga skillnader mellan att samarbeta med socialtjänsten och psykiatrin:

Det kan vara dåligt ibland på båda ställena och det kan vara bra ibland på båda ställena sen tycker vi att vi är privilegierade därför att vi har snabb tillgång till både och. Vi har två huvudmän så jag kan ringa direkt till socialtjänsten och jag kan ringa direkt till vuxenpsykiatrin och de vet vilka vi är, oberoende av vem vi är anställda av, våra huvudmän betraktar hela personalgruppen som en enhet. Alla anställda här använder sig på samma sätt av både kommunens och landstingets resurser (socioonom, Rådgivningsbyrån).

Ett speciellt problem som flera pekar på är det som rör avgiftning (som är sjukvårdens ansvar). Här är det resurserna som poängteras och inte det egentliga samarbetet.

Jag kan ringa till avgiftningen om en klient och bestämma tid, sen får klienten själv ta sig dit. Just nu är det väldigt få platser på avgiftningen, det finns inte heller möjlighet till inläggning vilket vissa behöver, då får klienten vända sig till Malmö eller Helsingborg. Speciellt de som bor på härbärgen behöver inläggning, det är svårt att vara drogfri där. Det är begränsade resurser och man kräver idag att patienter ska vara motiverade inom sjukvården. Det kan vara svårt därför att väldigt många har depressioner och liknande. Samtalsbehandlingen pågår tills klienten klarar en avgiftning och efter. Det kan vara svårt att få in klienter på en ny avgiftning, de kan då tycka att behovet inte är så stort (när en klient redan har misslyckats med en avgiftning) (socioonom, Rådgivningsbyrån).

Den slutna avgiftningen i Lund övergick till avgiftning i öppenvård p.g.a. att de hade bekymmer att rekrytera personal (sjuksköterskor). Under en period hade de öppenvårdsavgiftning kombinerat med några slutenvårdsplatser, det fungerade bra vilket många var väldigt förvånade över, att vissa narkomaner faktiskt klarade avgiftning under dagtid och gå hem på kvällarna. Idag finns inga slutenvårdsplatser kvar p.g.a. personalbristen. När det behövs använder vi oss av Malmö eller Helsingborg. I en akut situation har man fått lösa det genom att lägga in den personen på andra avdelningar än på själva avgiftningsdelen. Har man utvecklat en psykos och behöver inläggning så kommer man ju in. Gruppen innan dess blir i de allra flesta fall inte inlagda, då finns möjligheten med Malmö eller Helsingborg (socioonom, utredningsenheten).

På utredningsenheten tycker socionomen att de har ett bra samarbete med de flesta verksamheter kring arbetet med enskilda klienter, undantaget psykiatrin.

Vi har inte särskilt bra samarbete med psykiatrin. Det förekommer att vi använder oss av bl.a. Långstorp som kan hjälpa oss i den psykiatriska delen av utredningen. För att vi ska få idéer om hur man på det viset kan hjälpa klienten. En placering för vidare utredning kring den psykiatriska delen (socionom, utredningsenheten).

De boenden för människor med dubbeldiagnos sorterar under avdelningen för psykiskt funktionshindrade. De har vi ju också ett visst samarbete med. Deras specialteam arbetar vi också med, det är kanske det team som vi har mest samarbete med. De arbetar inte nödvändigtvis med diagnostiserade klienter, men de ska ha uppenbara psykiska problem. De kan vara med i vårt arbete och hjälpa oss utifrån sina infallsvinklar. De jobbar med uppsökande verksamhet. Specialteamet kan man kalla en länk mellan oss och avdelningen för psykiskt funktionshindrade. De är duktiga överhuvudtaget med människor som har psykiska problem (socionom, utredningsenheten).

Den verksamhet som verkar ha mest samarbete med andra är POM-teamet.

Vi har det totala behandlingsansvaret, de har inga andra läkarkontakter. De kan ha kontakt med boendestödare om de bor i kommunalt boende eller andrahandskontrakt där kommunen står för kontraktet. Dessa har även vi ett samarbete med så att vi inte dubbelarbetar, samlar våra insatser så mycket som möjligt. Själva boendestödet har ju inte vi primärt, det ligger på kommunens boendestöd. Klienter som har egen lägenhet försöker vi stötta med det de inte klarar, matlagning störande för grannar etc. Vi gör det inte åt dem, utan med dem. Syftet är att de ska klara av att göra det själva. Samarbetet med boendestödare fungerar bra. Vi samarbetar även med slutenvården när våra klienter behöver läggas in. När läget blir akut försämrat. Varje onsdag kommer socialsekreterare från vuxeninsats hit då vi går igenom ärenden. Det ger en kortare väg in så att våra klienter kan få hjälp med de insatser som behövs; ekonomiskt bistånd, hitta nytt boende. Jag har inte upplevt några skillnader att samarbeta med socialtjänsten, att vi skulle prata olika språk eller så (sjukskötare, POM-teamet).

Även på psykiatriska akutmottagningen har de mycket samarbete då det är en instans som remitterar vidare de flesta klienter till andra verksamheter, kuratorn där menar att ”*allt samarbete fungerar bra*”.

På avdelningen för psykiskt funktionshindrade har de ett nära samarbete med psykiatrin då deras klienter behöver vara färdigutredda och ha en diagnos därifrån. Ibland delar de ansvaret.

Delat betalningsansvar är inte så vanligt med andra kommunala verksamheter, däremot förekommer det i vissa fall med psykiatrin. Det finns däremot ingen större anledning att gå in och dela med vuxensidan. Huvudpartern är ju psykiatrin, de ska vara färdigutredda där innan vi kan ta över med våra boenden. Den utredningen ska psykiatrin stå för. I några sammanhang har vi delat, eller vi tar vid efter dem (samordnare, avd. för psykiskt funktionshindrade).

Diskussion

Psykiskt störda missbrukare har fått mycket uppmärksamhet under senare tid som grupp, det är dock viktigt att man bedömer individuellt efter var och ens missbruksbild och efter deras

psykiska och sociala situation då det rör sig om en mycket heterogen grupp (SoS-rapport 1996:14). Det är också svårt att säga vilken psykisk störning som är den svåraste att arbeta med, vilket också sjukskötaren på POM-teamet illustrerar (s. 25). Det är även viktigt att inte lägga för stor vikt vid diagnoser av olika slag, Fridell visar detta när han pekar på *”svårigheten att från diagnoserna dra direkta konklusioner om vilken behandling som är indikerad”* (1991, s. 163). Därav kan man dra slutsatsen att verksamheter som vänder sig till svårt störda missbrukare behöver kompetens både inom psykiatri och missbruksproblematik.

Öjehagen (1999) menar att kombinationen av alkoholproblem och samtliga psykiatriska diagnoser- med undantag av antisocial personlighetsstörning- är vanligare hos kvinnor än hos män. Det är även dubbelt så vanligt med depressioner hos kvinnor som hos män (SoS-rapport 1996:14). Detta stämmer överens med socionomen på Alkoholmottagningens beskrivning av en stor skillnad mellan orsaken till manligt och kvinnligt alkoholmissbruk. Påfallande många har varit utsatta för övergrepp, har dåliga föräldrelationer eller upplever en kris i familjen (otrohet, misshandel, mist barn etc.). *”De vill ofta ge sken av en duktighet, av att vara prydliga och välvårdade. Missbruk är för dem något skamligt och de mår psykiskt dåligt när de försöker dölja problemen”* (socionom, Alkoholmottagningen), det uppstår en inkongruens mellan deras upplevda självbild som *”duktiga”* och deras missbruk.

”Männen har ett mer klassiskt missbruksbeteende, de börjar dricka för mycket i umgänge och använder alkohol för att koppla av” (socionom, Alkoholmottagningen). Denna könsbundenhet förelåg inte på Rådgivningsbyrån där informanten menade att större delen av klienterna har någon form av psykisk störning. Rådgivningsbyrån betonade psykiska störningar mer än Alkoholmottagningen vilket stöder Öjehagens (1999) påstående att dubbelproblematik är vanligare hos narkotika- än alkoholmissbrukare. Hos alkoholberoende är det dubbelt så vanligt med en psykisk störning någon gång under livet som för totalpopulationen, för narkotikaberoende är den siffran ännu något högre.

Vid dubbelproblematik bör båda problemen behandlas samtidigt, de kan i perioder ha olika tyngd hos individen men det finns inget som tyder på att behandling av endast ett problem minskar omfattningen av det andra (snarare är det tvärtom). Att vård och behandling sker synkroniserat är båda huvudmännens ansvar. Det är även viktigt att uppmärksamma betydelsen hos sociala faktorer; bostadssituation, sysselsättning och relationer är centrala faktorer för hur behandlingsarbetet fortlöper (Öjehagen, 1999). Flera studier visar att det finns en benägenhet att undervärdera användandet av droger på allmänpsykiatriska mottagningar. Detta kan innebära ett misslyckande av behandlingen, utan drogbruk ser förutsättningarna för behandling annorlunda ut (Johansson & Wirbing, 1999).

Inom psykiatrin finner man ofta psykiskt störda missbrukare störande och svårtillgängliga vilket medför att man vill att socialtjänsten tar ansvar för dessa. De passar dock inte in i de behandlingsmallar som finns inom socialtjänsten som tycker att de får för lite stöd av psykiatrin (SoS-rapport 1996:14). Den erfarenhet av missbruk som psykiatrin har är av

alkoholmissbruk, narkotika- och blandmissbrukare står de ofta oförstående inför. Dessa hänvisas då till socialtjänsten vars behandlingsinsatser oftast är av konfrontativ art vilket rentav kan förvärra situationen för missbrukare med svåra psykiska störningar (Holmberg, 1993). En tänkbar anledning till varför psykiatrin inte vill arbeta med klienter med ett missbruk är att de är svårare att passa in i deras sjukdomstänkande. De psykiskt störda missbrukarna är ännu mer oregerliga än ”vanliga” psykiskt störda och uppvisar kanske inte samma förbättringar som andra klienter gör. Detta kombinerat med att de ofta inte kommer när de ska gör kanske att gruppen inom psykiatrin ses som icke behandlingsbar utifrån deras synsätt där medicinering och terapi betonas, d.v.s. de biologiska och psykologiska aspekterna. De har kanske svårt att förstå individen utifrån hans sociala situation, eftersom de inte har samma vana som socialtjänsten att betona helheten.

Här finns det en tendens till en tudelning av vården där de klienter som får regelbunden kontakt med psykiatrin får en bias mot de psykiatriska problemen medan de som enbart har kontakt med socialtjänsten får en bias mot missbruket. Detta gynnar inte tanken bakom det dubbla huvudmannskapet, att var och en ska göra det de kan bäst för att gynna klienten och se till hela dennes livssituation. I Lund kan detta stämma om man bara ser till socialtjänstens missbruksvård och allmänpsykiatrin. Däremot fungerar de samverkansverksamheter som finns som en brygga mellan huvudmännen. Förutom att dessa verksamheter har kompetens på båda områdena gör deras dubbla huvudmannskap att de förefaller ha nära och relativt sett snabba kontaktvägar både till psykiatrin och socialtjänsten.

Samarbetet mellan socialtjänsten och psykiatrin verkar också fungera bättre där man är formellt beroende av varandra; här exemplifierat av socialtjänstens avdelning för psykiskt funktionshindrade som är beroende av psykiatrins diagnoser för att bedöma vilka som ska få tillgång till insatserna. Här verkar några av de krav som Danermark och Kullberg (se *Faktorer som möjliggör och försvårar samverkan*, s. 18) ställer för bra samverkan att finnas; tydlig ansvarsfördelning och gemensamma mål kring en klientgrupp där svårigheten är att bedöma om psykosen är kronisk eller ej, när detta är fastställt är även betalnings- och vårdansvaret klart.

Desto diffusare bild mellan missbruk och psykisk störning hos klienten desto större är vårdbehovet. Detta ska ställas i relation till att ju diffusare klientens personlighet är desto otydligare, och mer oeniga, är vårdapparatens fördelning kring behandlingsansvaret. Att som klient ha många kontakter kan vara ett sätt att hantera sin rädsla för närhet i kontakter. De lever i en ambivalens mellan behov av hjälp och förakt för dessa behov som ett beroende av andra. Detta leder ofta till att när ett genombrott sker i kontakten så avviker klienten (Holmberg, 1993). En överläkare inom psykiatrin i Köpenhamn- som är representativ även för Sverige- ger uttryck för den otacksamma uppgiften att arbeta med psykiskt störda missbrukare:

Dessutom måste jag ta hänsyn till den personal som arbetar på avdelningen. Om vi skulle prioritera narkotikamissbrukare med psykiska störningar skulle behandlingspessimismen snabbt sprida sig eftersom man, som sagt, inte får någon belöning vare sig från missbrukarna själva eller 'uppifrån', från våra uppdragsgivare. Personal på en psykiatrisk avdelning har också svårt att möta narkotikamissbrukare vars beteende, problematik och livsstil man inte har kunskaper nog att hantera. Dessa patienter fogar sig sällan till en passiv patientroll utan de fungerar på en annan nivå än psykiatrins traditionella patienter. De är provocerande, de manipulerar och skapar oro bland såväl personalen som bland de övriga patienterna. (a.a., s. 44)

Agneta Öjehagen (1999) tar upp fyra faktorer som är en bra grund i behandling riktad mot psykiskt störda missbrukare; att arbetet sker i team med blandad kompetens som arbetar med både missbruket och den psykiska störningen, att arbetet bedrivs långsiktigt (det tar ofta minst 18 månader innan resultat börjar synas), att extra stor vikt läggs på motivationsarbete och en bra kontakt mellan klient och behandlare samt social färdighetsträning. Alkoholmottagningen och Rådgivningsbyrån innehåller de tre första av dessa, för att minska antalet slutenvårdsplaceringar är det därför viktigt att de boenden som finns står för social träning och trygghet för klienterna. Ett boende på härbärge eller annat otryggt boende ser jag som ett direkt hinder för motivations- och behandlingsarbetet.

Än så länge är POM-teamet en försöksverksamhet och inga nya klienter skrivs in i verksamheten, under projektiden täcker de inte det behov som finns i Lund för denna målgrupp. Att ha löpande intag blir aktuellt om verksamheten permanentas, då blir ju arbetsbördan jämnare än när man inleder ett arbete med 25 st klienter på en gång. Intentionerna är att klienter ska kunna skrivas ut och nya klienter ska komma in, att en del ska kunna ta ansvar för sin egen livssituation så småningom. Att de ska kunna klara sig med öppenvårdskontakt med psykiatri och att de kan hantera sin egen medicinerings.

Detta innebär att situationen skulle kunna förbättras om socialförvaltningen hade denna instans att vända sig till med klienter som har drogutlösta psykoser. Om verksamheten permanentas har de rimligtvis större kunskap kring den psykiatriska problematiken än de behandlingsassistenter som arbetar på insatsenheten. Tanken med POM-teamet- att få en helhetssyn kring klienten och en samordning av insatserna- verkar hittills ha varit lyckad för en del klienter medan det har gått för kort tid för att bedöma hur projektet har påverkat andra klienter.

Under första året har vi främst inriktat oss på samarbete och alliansskapande med klienterna. Där vi kan diskutera kring missbrukets följder. Så småningom är vårt mål att klienten själv ska se att det finns anledning att inte missbruka. Vi ser redan nu att vi har haft en positiv påverkan på flera klienter. Några har en oförändrad missbruksbild, några har helt upphört och några missbrukar mindre än innan projektet (sjukskötare, POM-teamet).

Mats Fridell (1991) betonar vikten av kunskap om psykopatologi kring missbrukare i behandlingssituationer (institutionsbehandling), desto svårare psykisk störning desto mer kan vi förvänta oss att klientens verklighet skiljer sig från vår egen. Att sluta missbruka och gå in i behandling innebär att konflikter som har hållts tillbaka av missbruket kommer upp till ytan.

Uppgivandet av det egna inre försvaret sker ofta på bekostnad av det välbefinnande som drogen trots allt ger och medför ökat psykiskt lidande. Aktiveringen av dessa konflikter kan påverka samspelet mellan klient och behandlare på ett märkbart negativt sätt.

Svårigheter att samarbeta beror troligtvis till stor del på att det är en svår grupp att arbeta med. Mats Fridell menar utifrån sin undersökning att det finns klara belägg för att det är viktigt att vid diagnosticering och behandling av missbruk lägga större vikt vid klienternas psykiska problematik. Detta verkar rimligt när det är fråga om svåra psykiska störningar där störningen kan ha avgörande betydelse för val av behandling eller förhållningssätt gentemot klienten. Bland missbrukare i behandling har mellan 50 och 80% en psykisk störning, bland patienter inom psykiatrin har mellan 30 och 50% missbruksproblem (Öjehagen, 1998). Detta visar på svårigheten att bedöma vilket problem som är det primära vid val av behandling. Öjehagen tolkar även detta som ett bevis för att personer med dubbla problem oftare söker hjälp eftersom andelen i behandling är högre än i andra undersökningar.

Ett sätt att lägga större vikt vid svåra psykiska störningar vore att inrätta ett samverkansprojekt (liknande POM-teamet) för de klienter som har svåra psykiska problem men som inte har psykosproblematik. Enligt Hans Bergströms modell (fig. 1, s. 11) verkar borderline vara en rimlig avgränsning då det är den personlighetsstörning som har den tidigaste fixeringen. Att upprätta en sådan verksamhet stöter då på vissa problem. Svårigheten som jag ser det ligger i att antingen kunna definiera en klientgrupp som kräver ett likartat förhållningssätt och som är urskiljningsbar eller att försöka hitta arbetsmetoder där personalen klarar av att bemöta olika slags personlighetsstörningar som kanske kräver olika förhållningssätt för bra stöd och behandling. En annan svårighet är att få de två huvudmännen att komma överens om betalningsansvaret för en sådan verksamhet. De problem som finns när det gäller samarbete mellan existerande verksamheter finns förmodligen även mellan huvudmännen på den högre politiska nivån där medel för nya verksamheter utdelas.

På Rådgivningsbyrån menar informanten att bekymmer kan uppstå med psykiatrin när de omorganiserar, men att det gäller alla. Omorganiseringar och personalbyte gör att det är lättare att ha kontakt med någon man känner. På Alkoholmottagningen menar min informant att det är lättare att samarbeta med sjukvården eftersom de själva finns inom den organisationen. Det är också svårare med socialtjänsten p.g.a. hög personalomsättning, *"man lär inte känna personal där på samma sätt"* (socioonom, Alkoholmottagningen). De har inte heller något större behov att ha särskilt regelbunden kontakt med socialtjänsten. Eftersom deras klientel är ganska socialt etablerade samarbetar de inte särskilt ofta, därför blir de kontakter de har svårare då det kanske är olika personer de har kontakt med.

I en rapport från Socialstyrelsen (SoS-rapport 1996:14) menar författarna att socialtjänsten och psykiatrin behöver mer realistiska och verklighetsbaserade förväntningar på varandra. Deras olika arbetskultur, synsätt, språkbruk och verksamhetsmål behöver synliggöras och respekten för varandras kompetens förstärkas, bl.a. genom vidareutbildning, handledning och

utformandet av gemensamma metoder. Den här typen av kontaktskapande åtgärder verkar inte finnas i Lund mellan allmänpsykiatri och socialtjänstens vuxenavdelning. Däremot utgörs de samverkansprojekt som jag har varit i kontakt med exempel på hur dubbla huvudmannaskap fungerar som en länk mellan psykiatri och socialtjänsten. Inom dessa verksamheter är det lättare att ta tillvara varandras kompetens p.g.a. ett nära arbete inom samma verksamhet. När vi möter beteenden som avviker från det förväntade tenderar vi att förklara det med hjälp av de förklaringsmodeller som vi tror på (Bergström, 1996). En arbetsplats med flera olika kompetenser ger därmed en mer nyanserad bild av människors problematik och ett bättre klimat att möta klienter med dubbelproblematik. Verksamheter med dubbla huvudmän är kanske också ett sätt att möta ett hinder som Mallander ser för ett bra samarbete, organisationers strävan mot autonomi (s. 18).

De mest återkommande förklaringarna till bristande samarbete handlar dock om resursbrist och att vissa verksamheter inte vill ha vissa klienter. Samarbete står och faller med vilka resurser som finns att tillgå inom en verksamhet, finns inte de resurser som en klient behöver får man använda sig av de som finns även om de upplevs som otillräckliga. Härav följer frustrationen att var och en inte tar sitt ansvar. Bristande resurser gör att man försöker lägga över ansvaret på någon annan. Det mest tydliga exemplet är att flera informanter menar att psykiatrik ogärna vill åta sig klienter med missbruksproblem trots långvarig psykiatrisk anamnes. Här kan en rimlig hypotes vara det som tas upp i Psykiatriutredningen 1999:4, då en verksamhet har tvingats att skära i verksamheten p.g.a. minskande resurser så tenderar de att skära i det som det finns möjlighet att skicka vidare. Kärnverksamheten är svårare att förändra då ingen annan gör den. Minskar de däremot inom missbruksrelaterade problem kan de hänvisa till socialtjänsten genom att säga att missbruket är det primära.

I en undersökning (SOU 1992:3) över hur socialtjänstens personal uppfattar psykiatrik framkom att de menar att det finns skillnader i synsätt, att de betonar olika delar hos klienterna. Psykiatrik är mer individinriktad och betonar det sjuka (det medicinska) och tar för lite hänsyn till klienternas sociala situation medan socialtjänsten betonar helheten och det friska hos individerna. I kapitlet om huvudmännens olika förhållningssätt såg vi att psykiatrik har en mer hierarkisk uppbyggnad där man själva fattar beslut om vad som är bäst för klienten, tack vare den medicinska och psykiatriska yrkeskompetensen. Socialtjänsten är mer beroende av klientens uppfattningar och ska fatta beslut i samråd, klienten har rimligtvis även fler åsikter i detta möte då det rör den sociala situationen och inte den medicinska.

Avslutning

Sammanfattning

Min undersökning och genomgång av tidigare forskning visar att psykiskt störda missbrukare är en heterogen grupp som i många fall inte får adekvat vård, i vissa fall ingen vård alls.

Problemen kring denna grupp är många och komplexa. Psykiskt störda missbrukare uppvisar en bred problembild som ofta täcker flera områden; sociala, psykologiska och beteenderelaterade problem står i förhållande till varandra där problem på ett område påverkar de andra negativt. De är ofta svåra för vårdpersonal att förhålla sig till då deras beteende kan vara aggressivt eller likgiltigt, många gånger straffar de ut sig själva ur vården.

Dubbelproblematik har dubbla huvudmän där psykiatrin och socialtjänstens respektive ansvarsområden i praktiken fungerar otillfredsställande då de inte har tillräckliga resurser eller kompetens för att fullfölja sina ålagda uppgifter. Samarbetet mellan psykiatrin och socialtjänsten fungerar bristfälligt på många områden, främst mellan allmänpsykiatrin och den myndighetsutövande missbruksvården. Däremot finns i Lund flera samverkansverksamheter där en dubbelt huvudmannaskap, bredare kompetens och snävare ansvarsområden ger ett bättre samarbete med de olika huvudmännens övriga verksamheter.

I Lund har man på senare tid uppmärksammat personer med kombinerad psykosproblematik och missbruk där grunden har varit helhetssyn och boendestöd för klienterna. Däremot finns det en grupp av personer som lider av allvarliga personlighetsstörningar där det inte finns tillräckliga insatser att erbjuda. Detta stöd bör utformas i form av en trygghetslösning där boendet sätts i fokus för att utifrån den trygghet det ger försöka motivera till missbruksbehandling och psykiatrisk hjälp.

Centralt för all verksamhet som vänder sig till psykiskt störda missbrukare är att det finns kompetens både på missbruksområdet och psykiatrisk kunskap, och att det finns snabba vägar att få hjälp från andra verksamheter vars hjälp kan behövas.

Slutdiskussion

När jag här har inriktat mig på missbrukare med psykiska störningar innebär inte detta att jag tror att alla missbrukare är i behov av psykoterapi eller att det alltid finns bakomliggande psykiska orsaker till att någon utvecklar ett missbruk. Även vanans makt är stor. Behandlingsmodeller av typen Minnesota eller miljöterapi som fokuserar på beteendet fyller säkert en funktion för många missbrukare. Däremot tror jag att det inom socialtjänsten finns en tendens att ofta bortse från bakomliggande orsaker till missbruk och att detta kan vara en bidragande anledning till varför många återfaller i missbruk efter behandlingsinsatser.

Det ligger i en organisations intresse att ge sken av att man har anpassat sitt arbete efter den målgupp de arbetar med. En lös och otydlig organisation ger större frihet och mindre insyn. Framförallt när klienterna är en heterogen grupp med sammansatt problematik och i tider av besparingar kan det vara lätt att hävda att otydligheten inom organisationer eller i samarbetet beror på svårigheten att arbeta med klienterna. Det är dock viktigt att komma ihåg att det är de olika verksamheterna som ska anpassas till klienternas behov och inte tvärtom.

Vid mina intervjuer pratade några av informanterna om att den ansvarsfördelning som finns mellan allmänpsykiatri och socialtjänstens missbruksvård till stor del avgörs av vad som är det primära, missbruket eller de psykiska problemen. För mig förefaller det olyckligt på många sett, framförallt därför att det verkar vara svårt att avgöra vilket som är det primära. I en del fall kanske det går men ofta tror jag att bedömningen blir godtycklig. Att ha en ansvarsgräns som är absolut tror jag leder till att en del hamnar fel. Istället borde man kunna ge hjälp inom det egna kompetensområdet och vägleda klienten till andra verksamheter för de andra problemen. Då är det viktigt med kunskap om och tillit till varandras kompetens och bedömningssätt. Detta handlar mindre om lagstadgade ansvarsområden än om ett praktiskt förhållningssätt och om att ha kanaler för att hänvisa klienterna till rätt instans, framförallt personer som inte kan ta för sig. Men det handlar också om att ha resurser att ta sig an de klienter som hamnar på det egna bordet. Jag tror dock att en förutsättning för detta är ökad kompetens inom varandras arbetsområden, att t.ex. socialsekreterare får fortbildning kring psykiatri och diagnoser samt särskilda förhållningssätt gentemot klienter med svåra psykiska problem. Jag tror också på en eller ett par läkare inom psykiatri som bara arbetar med denna grupp. Det är extra viktigt för dem att ha kontinuitet i läkarkontakterna.

Jag tycker att det vore intressant att inrikta forskning mer mot olika organisationers resurser och hur de fördelar dem. När resurserna krymper är det naturligt att man fokuserar på det som är ens huvudområde, det som även rör andra verksamheter blir förflyttat till periferin och blir ansett som andras arbete. Eftersom det finns två huvudmän som arbetar med psykiskt störda missbrukare förflyttar de ansvar och arbete i riktning mot varandra istället för att var och en arbetar utifrån sin kompetens. Min studie visar att en viktig orsak till detta är minskande resurser. För att kunna bedöma var svårigheterna att samarbeta finns behöver man därför mer djupgående studier över hur det praktiska arbetet ser ut, deltagande observation och journalgenomgångar.

I Psykiatriuppföljningen 1999:4 görs ett räkneexempel där författarna jämför en vårdorganisation med en fungerande samverkan och en där de olika huvudmännen hanterar sina ansvarsområden parallellt. De tar en fiktiv klient, Rutger Engström, och kalkylerar vad han kostar med de olika arbetsätten under en femårsperiod. Rutger har en dokumenterad psykos- och missbruksproblematik och han är aktuell för insatser från en rad instanser. I det fall där Rutger får assistans av ett mobilt team som har dubbel kompetens och som kan ge ett brett stöd minskar kostnaderna för vården avsevärt (ca 35%). De poster som minskar är främst slutenvård för landstinget och institutionsplaceringar för kommunen, inklusive LPT- och LVM-vård. Den aktör som tjänar mest är landstinget, för kommunen är det till stor del en omplacering från slutenvård till öppenvård. Detta exempel illustrerar själva syftet med psykiatireformen. Slutsatsen som författarna drar är att det inte finns den koppling mellan bra och dyr vård som många tror, *”För Rutgers del handlar det om dyr och dålig vård eller bra och billig”* (s. 43).

I vissa fall kan inte målet vara att klienten ska bli drogfri och helt "frisk". En del psykiskt sjuka människor med samtidigt missbruk kommer alltid att kosta samhället pengar genom att de kommer att kräva mer eller mindre vård även i ett mycket långt perspektiv. Vi ställs då inför två val; kortsiktiga och akuta åtgärder inom de olika verksamheterna för att minimera det personliga lidandet eller att långsiktigt utveckla samverkansverksamheter som kan bedriva uppsökande verksamhet och ge hjälp både i klientens medgångs- och motgångsperioder. Båda metoderna är kostsamma men på lång sikt är den senare både billigare och humanare för klienten, i form av ett anständigare liv. Tre förutsättningar bör uppfyllas för att detta ska kunna förverkligas kring den målgrupp jag har ägnat mig åt; samverkansprojektet måste kunna hantera hela problembilden (antingen själva eller med snabba kontakter med andra aktörer), långsiktigheten måste betonas och klienten ska inte kunna straffa ut sig ur verksamheten. Jag tycker att min undersökning visar att en bra utgångspunkt för detta vore fler riktade boenden med kompetent personal som kan fungera stödjande i det dagliga livet för klienterna. Detta skulle kunna innebära en möjlighet att arbeta mer långsiktigt med både psykiatisk- och missbruksbehandling.

9. Källförteckning

Bergmark, Anders & Lars Oscarsson (2000). "Sociala problem" i Meeuwisse, A., Sunesson, S. & Swärd, H. (red.): *Socialt arbete. En grundbok*. Falköping (tryck.): Natur och Kultur.

Bergström, Hans (1996). *Missbruk, människor och relationer- behandling genom professionella och privata nätverk*. Lund: Studentlitteratur.

Bertling, Ulla (1993). *Narkotikamissbrukare med svåra psykiska störningar*. Stockholm: Publica.

Cullberg, Johan (1999). *Dynamisk psykiatri- i teori och praktik*. Natur och Kultur.

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

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

Fridell, Mats (1991). *Personlighet och drogmissbruk. En forskningsöversikt*. Pm-serie nr 10. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).

Holmberg, Barbro (1993). *En psykiskt störd vårdapparat*. Nordnark 1993:3. Stockholm: Nordiska kontaktmannanorganet för narkotikafrågor.

Johansson, Katarina & Peter Wirbing (1999). *Riskbruk och missbruk. Alkohol- läkemedel- narkotika*. Stockholm: Natur och Kultur.

Knutsson, Gert & Svante Pettersson (1995). *Psykiskt stördas villkor. Psykiatireformen i sammandrag*. Stockholm: Fritzes.

Larsson, Håkan & Stefan Morén (1988). *Organisationens mänskliga insida. Om det sociala arbetets utvecklingsmöjligheter*. Umeå: Institutionen för socialt arbete, Umeå Universitet.

Lindqvist, Rafael (1998). "Gränser mellan organisationer- exemplet arbetslivsinriktad rehabilitering" i Lindqvist, R. (red.): *Organisation och välfärdsstat*. Lund: Studentlitteratur.

Mallander, Ove (1998). "Samverkan" i Denvall, V. & Jacobsen, T. (red.): *Vardagsbegrepp i socialt arbete. Ideologi, teori och praktik*. Stockholm: Norstedts Juridik.

Melin, Ann-Gerd & Christina Näsholm (1998). *Behandlingsplanering vid missbruk*. Lund: Studentlitteratur.

Norström, Carl & Anders Thunved (2002). *Nya sociallagarna*. Stockholm: Norstedts Juridik.

Ottosson, Jan-Otto (2000). *Psykiatri*. Stockholm: Liber.

Psykiatriuppföljningen 1999:4. *Rutger Engström- psykiskt sjuk eller missbrukare? En rapport om samverkan, vårdkedjor och ekonomi*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sahlin, Jan (1997). *Hälso- och sjukvårdslagen. Med kommentarer*. Stockholm: Norstedts Juridik.

Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:4. *Reformens första tusen dagar. Årsrapport för psykiatrireformen 1998*. Linköping: Socialstyrelsen.

SoS-rapport 1989:33. *De glömda narkotikamissbrukarna. Vård och behandling av narkotikamissbrukare med psykisk sjukdom eller djupgående personlighetsstörning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SoS-rapport 1996:14. *Psykiskt störda missbrukare*. Linköping: Socialstyrelsen.

SOU 1992:3. *Psykiskt stördas situation i kommunerna- en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv*. Rapport från Psykiatriutredningen. Stockholm: Allmänna Förlaget.

Öjehagen, Agneta (1998). "Samtidigt beroende och psykisk störning- en aktuell forskningsöversikt." i Gerdner, A. & Sundin, Ö. (red.): *Dubbel trubbel. Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*. Örebro: Behandlingshemmet Runnagården.

Öjehagen, Agneta (1999). "Om människor med dubbla diagnoser" i *Alkohol och narkotikapolitik, vård och dilemman*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.

Bilaga 1

Frågeguide

Arbetsmetoder och rutiner

- Hur ser Er verksamhet ut och till vem vänder Ni er?
- Vilken utbildning/fortbildning har Du och vilken annan kompetens finns på er arbetsplats?
- Använder Ni er av någon enhetlig behandlingsmodell, i så fall vilken?
- Hur ser Ni på psykiska funktionshinder respektive missbruk, definitioner, orsaker och behandling?
- Vilken skillnad gör det om den psykiska störningen eller missbruket är det primära, går det att avgöra vilket som är det primära?
- Hur kommer klienterna i kontakt med Er?
- Vilka insatser har Ni att erbjuda och vilka har Ni inte, vilka klienter hänvisar till en annan instans?
- Finns det gemensamma akter (journaler) om klienter som har dubbel kontakt?
- Vilken funktion har diagnoser och vilken betydelse har de i ert arbete?

Ansvar

- Vilket ansvar har Ni i arbetet med psykiskt störda missbrukare och vilket ansvar har andra, och vem?
- Hur ser ert uppföljningsansvar ut?
- Vilka svårigheter finns kring ansvarsfördelningen när det gäller psykiskt störda missbrukare?
- Skulle Ni vilja förändra ansvarsfördelningen och i så fall hur?

Attityder till klienterna

- Vad är orsaken till missbruk respektive psykisk sjukdom/personlighetsstörningar?
- Har rätten att överklaga någon betydelse i klientmötet?
- Hur ser era klienters sociala situation ut?
- Hur stor omfattning har denna dubbelproblematik, finns kartläggningar?
- Hur definierar Ni denna grupp, och vilka svårigheter finns i arbetet med dem?
- Hur avgränsar Ni begreppen psykisk störning och svår psykisk störning?

Samarbete

- Med vilka samarbetar Ni, respektive samarbetar inte?
- Vad krävs för att samarbete ska kunna fungera?
- Vilken roll har Ni i samarbete med andra verksamheter?
- Är sekretess ett hinder för samarbete i arbetet med enskilda klienter?
- Skillnader och likheter i samarbete med enheter från samma huvudman och enheter från den andra huvudmannen?
- Vilka formella möjligheter har Ni att hänvisa klienter till andra verksamheter?
- Hur skulle Ni önska att samarbetet såg ut, förändringar?
- Vilken betydelse har betalningsansvaret för samarbete?