

Samsjuklighet

Svårigheter i arbetet med samsjuka klienter

Evelinn Hallgren
Malin Jonasson

HT-09



Handledare: Eva-Malin Antoniusson

Abstract

Author: Evelinn Hallgren, Malin Jonasson

Title: Dual diagnosis. Difficulties in working with clients with dual diagnosis. [translated title]

Supervisor: Eva-Malin Antoniusson

Assessor: Sune Sunesson

Clients suffering from dual diagnosis are often an exposed group within social work. This particular group ends up between treatment because of a mental illness or from drug abuse. According to research these clients get their needs met through different organizations cooperation. The purpose of this essay was to create an understanding of the difficulties in working with this distinct group and the meaning of the cooperation. We used a qualitative method that was analyzed with a cooperation theory as well as a political perspective on an organization theory. The empirics have been collected through semi structured interviews combined with relevant literature. We did eight interviews with social welfare secretaries and employees from other organizations that work with clients with dual diagnosis. Some important conclusions the research has shown us about clients with dual diagnosis is that they must receive combined integrated treatment and the different organizations must cooperate for the treatment to be truly effective.

Key words: Dual diagnosis, cooperation, integrated treatment, non-probationary housing

Förord

Vi vill tacka de intervjupersoner som velat ställa upp för intervjuer för att göra vår undersökning möjlig. Vår handledare Eva-Malin Antoniusson vill vi också tacka som väglett oss genom arbetets gång och gett oss nya synvinklar kring våra tankar. Vi vill även tacka Arne Kristiansen, universitetslektor vid Lunds universitet, som var med under projektets idéfas och gav oss inspiration till det fortsatta arbetet.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	1
1.2 Bakgrund	1
1.3 Problemformulering	1
1.4 Avgränsning	2
1.5 Centrala begrepp och definitioner	2
1.6 Syfte	3
1.6.1 Frågeställningar	3
1.7 Tidigare forskning	3
2. TEORI	5
2.1 Samarbetsteori	6
2.2 Politiskt perspektiv	7
3. METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN	7
3.1 Tillvägagångssätt.....	7
3.2 Urval.....	8
3.3 Metodval.....	9
3.4 Hjälpmedel	9
3.5 Orientering av kunskapsläget	9
3.6 Egna reflektioner och tillförlitlighet.....	10
3.7 Beskrivning av intervjuade organisationer	10
3.8 Etiska överväganden.....	11
4. ANALYS	12
4.1 Insatser	12
4.1.1 Vilka insatser saknas?.....	12
4.1.2 Intervjupersonernas tankar om lågtröskelinsatser	14
4.1.3 Diskussion kring insatser.....	16

4.2 Den samsjuka klienten.....	17
4.2.1 Klientens eget ansvar, motivation och sjukdomsinsikt.....	17
4.2.2 Diskussion kring svårigheter med den samsjuka klienten	20
4.3 Samverkan	20
4.3.1 Samverkans betydelse	20
4.3.2 Diskussion kring samverkans betydelse	22
4.3.3 Organisationernas ansvar.....	22
4.3.4 Diskussion kring organisationernas ansvar	24
4.3.5 Svårigheter med samverkan	25
4.3.6 Diskussion kring svårigheter med samverkan	27
5. SLUTSATS.....	28
6. SLUTDISKUSSION.....	29
6. KÄLLFÖRTECKNING.....	31
7. BILAGOR.....	33
7.1 Bilaga 1 – Intervjubrev	33
7.2 Bilaga 2 – Sammanfattad intervjuguide	34

1. Inledning

1.2 Bakgrund

Vi har valt att undersöka problematiken kring samsjuklighet, vilket kortfattat innebär en psykiatrisk diagnos med ett samtidigt missbruk (Johansson & Wirbing, 2005). Vi tycker båda att missbruksvården samt psykiatri är intressanta områden inom det sociala arbetet. Genom vår praktik, där en av oss var kandidat inom missbruksbehandling, samt genom studiebesök inom både missbruksvården och inom psykiatri har vi hört talas om samsjuklighet. Vi fattade intresse för denna klientgrupp och därför undersöka denna vidare.

1.3 Problemformulering

Drake et al. (2005) skriver i antologin och forskningsöversikten *"Dubbel Diagnos – allvarlig psykisk sjukdom och missbruk"* att tidigare forskning visar att samsjuka personer som behandlats separat inom antingen missbruksvården eller psykiatri endast behandlats för sitt ena tillstånd och inte det andra. Då dragen i de båda diagnoserna var så komplicerade riskerade individerna med samsjuklighet att utestängas från båda behandlingssystemen. På grund av dessa problem rekommenderades en integrerad missbruks- och psykiatrisk behandlingsform. Gefvert, Sundberg och Wiberg (2005) skriver i samma antologi att samsjuka klienter ofta hamnar i gråzonen mellan psykiatri och missbruksvården. De menar att missbruksvården vill att den psykiska sjukdomen ska behandlas först innan vården för missbruket kan påbörjas medan psykiatri vill att missbruksproblematiken måste tas om hand innan behandlingen för den psykiska sjukdomen kan ske.

Svensson, Johnsson och Laanemets (2008) skriver i boken *"Handlingsutrymme – utmaningar i socialt arbete"* att det under 1990-talet utkom ett flertal rapporter och offentliga utredningar kring samsjuklighet. Dessa poängterade vikten av samverkan mellan olika organisationer som exempelvis socialtjänst och hälso- och sjukvård. Utefter dessa rapporter och utredningar kom politiska direktiv som betonade vikten av samverkan för att mer effektivt kunna förbättra insatserna för speciellt utsatta grupper. Hur samarbetet och samverkan organiseras får betydelse dels för organisationen i sig men också för hur klienten uppfattar den hjälp som erbjuds.

I Nationell psykiatrisamordnings och Socialstyrelsens KPM¹-slutrapport (2007) ”Hur kan vi hjälpas åt? Om samverkan och utvecklingsarbete bland verksamheter som arbetar med personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk sjukdom och missbruk.” har kunskapen om att anpassade insatser bör finnas för dessa individer funnits sedan länge, men det uppstår fortfarande problem kring samverkan och samordning mellan olika myndigheter och vårdgivare när det gäller bedömning, behandlings – och stödinsatser.

Samarbete mellan missbruksvård, psykiatri och socialtjänst är att föredra för en positiv utveckling för samsjuka klienter. Dock har samverkan mellan olika organisationer visat sig vara svårt att utföra då det ofta uppstår problem i ansvarsfördelningen. Detta har resulterat i att de samsjuka klienterna ofta har bollats mellan olika organisationer (Palmstierna, 2004).

Då det fortfarande uppstår problem kring klienter med samsjuklighet ansåg vi att ett område värt att undersöka närmare var vilka svårigheter som finns vid arbetet med dessa klienter. Vi ansåg det även relevant att utröna hur samverkan mellan olika organisationer kring samsjuka klienter kan påverka den hjälp de kan få. Vi frågar oss vad det är som gör att personer med samsjuklighet riskerar att hamna mellan stolarna.

1.4 Avgränsning

För att samla in empirin valde vi att intervjua åtta yrkesverksamma som kommer i kontakt med samsjuka personer. Vi har i intervjuerna utgått från de yrkesverksammans perspektiv. Personerna med samsjuklighet kommer för vår undersökning att innefatta vuxna, det vill säga över 18 år. Ingen avgränsning har gjorts gällande klientens kön utan undersökningen innefattar det sociala arbetsfältets tankar kring klienter av båda könen. Vi har också valt att avgränsa oss till en större stad i Skåne, då vi ej ser det möjligt för vårt arbete att skapa en övergripande bild för hela landet.

1.5 Centrala begrepp och definitioner

Samsjuklighet innebär att en person har en psykiatrisk diagnos och en samtidig missbruks- eller beroendediagnos (Johansson & Wirbing, 2005). Samsjuklighet är ett nyare begrepp av dubbeldiagnos. Vi har valt att använda oss av samsjuklighet samt samsjuk i vårt arbete då det är mer uppdaterat. Då begreppet dubbeldiagnos har förekommit i litteratur, bland intervjupersonerna och annan data har vi valt att benämna det som samsjuk.

¹ Komplexa vårdbehov, Psykisk sjukdom, Missbruk

Integrerad behandling av personer med samsjuklighet innebär att såväl missbruket som den psykiska sjukdomen behandlas samtidigt (Drake et al. 2005).

Med *lågtröskelinsats* menas exempelvis boenden där det är tillåtet att vara påverkad och ibland även konsumera droger (Gefvert, Sundberg & Wiberg, 2005).

Vi har valt att använda begreppet *klient* om de samsjuka personerna, även då intervjupersonerna benämnt dem som patienter. Undantag är Fontänhusets medlemmar (se 3.7).

1.6 Syfte

Med denna uppsats vill vi skapa en förståelse för vad det kan innebära för svårigheter i arbetet med samsjuka klienter. Undersökningen tar sig an problematiken ur det sociala arbetsfältets perspektiv.

1.6.1 Frågeställningar

- Vilka faktorer kan bidra till att arbetet med samsjuka klienter försvåras?
- Hur ser intervjupersonernas samverkan kring samsjuka klienter ut samt hur påverkar samverkan klienterna?
- Vad upplever intervjupersonerna saknas för samsjuka klienter?

1.7 Tidigare forskning

I samband med uppkomsten av SoL² 1982 fick kommunerna ett ökat ansvar gällande att tillgodose psykiskt funktionshindrades behov. 1992 gjorde Socialstyrelsen en psykiatriutredning som visade att trots kommunernas ökade ansvar fanns det stora brister och de samsjukas behov var fortfarande inte tillgodosedda. Därmed infördes 1995 en psykiatrireform vars syfte var att förbättra levnadsförhållandena och livsvillkoren för psykiskt funktionshindrade genom att bland annat ge dem ökad delaktighet. Reformen krävde en mer intensiv samverkan mellan organisationer samt att socialtjänstens och psykiatrins ansvar förtydligades (Socialstyrelsen, 1999; 2004).

1998 skrev Agneta Öjehagen, professor vid Lunds universitetssjukhus, skriver i antologin *"Dubbel Trubbel- Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende*

² Socialtjänstlagen

och psykisk störning” att det var väl känt att personer med både ett beroende och en psykisk störning ofta har kommit i kläm mellan missbrukarvården och psykiatrin. Öjehagen (ibid.) menar att när den ena vårdorganisationen identifierat den andra problematiken har de ofta hänvisat till varandra. Behandlingen skedde sedan i tur och ordning och samordningen fick klienten själv stå för.

År 1999 samt 2004 gjorde Socialstyrelsen uppföljningar av psykiatrireformen där en del som utvärderades var verksamheterna för samsjuka personer. Uppföljningarna visade att en identifiering av gruppen samsjuka var viktig då samsjuka klienter förekom inom både missbruksvården och psykiatrin men att den dubbla problematiken inte hade identifierats. För att kunna identifiera gruppen krävs det att organisationerna samverkar så att de samsjukas behov ska kunna tillfredställas. Det behövdes även mer kunskap inom området samt att ansvarsfördelningen mellan organisationerna förtydligas och det gemensamma ansvaret betonas för att samverkan ska kunna fungera. Uppföljningarna betonade vikten av ett professionellt nätverk uppbyggt runt klienten där behandlingen bör behandla båda tillstånden, vara långsiktig och innehålla motiverande insatser. Om inte behandlingen är integrerad menar Socialstyrelsen att tillstånden därmed riskerar att försämrans (Socialstyrelsen, 1999; 2004).

År 2004 publicerade Tom Palmstierna, projektledare inom Stockholms läns landsting, en fokusrapport om behandling av personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk störning och missbruk. Syftet med rapporten var att granska det aktuella vårdutbudet för denna målgrupp samt att ge förslag på hur landstingen kunde underlätta samordningen mellan olika aktörernas insatser. Palmstierna (ibid.) menar att behandling för samsjuka personer måste vara långsiktig och integrerad och att det krävs specialiserade team där kunskapen om samsjuklighet. Det finns svårigheter i samverkan kring samsjuka och det behövs därför mer kunskap kring vad som krävs i arbetet med samsjuka personer.

Ola Gefvert, Leif Sundberg och Daniel Wiberg (2005) har i antologin *”Dubbel Diagnos. Allvarlig psykisk sjukdom och missbruk”* skrivit att samsjuka klienter kan upplevas som besvärliga på grund av den mångfasetterade problematiken samt bristande följsamhet till uppgjord planering. Författarna belyser att samsjuka klienter ofta hamnar i en vårdorganisatorisk gråzon mellan psykiatrin och missbrukarvård. För att hitta samverkansformer mellan socialtjänst och psykiatrin startades olika projekt runt om i Sverige 1995. Kapitlet handlar om en uppföljning som gjorts på klienter inskrivna i ett av samverkansprojekten, ett integrerat behandlingshem, kallat Spindeln mellan åren 1997 –

2003. Författarna skriver att det generellt och även visade sig i utvärderingen att samsjuka ofta har problem med boendet och ofta fastnar i boenden som är avsedda att endast vara tillfälliga. För att behandlingsinsatser ska vara framgångsrika krävs ett stabilt och tryggt boende. Gefvert, Sundberg och Wiberg (ibid.) framhåller att det i lågtröskelboenden har visat sig vara svårt att finna en balans mellan minimivillkor och att samtidigt vara tolerant inför de beteenden som de boende ibland uppvisar. I utvärderingen av Spindeln framkom att behandlingsteam innehållande personal med olika yrkesbakgrund bidragit till motverkande av en fragmenterad vård där det riskeras att klienten tappas bort.

Efter Socialstyrelsens uppföljningar påbörjades år 2005 ett nationellt projekt med uppdrag från Nationell psykiatrisamordning och Socialstyrelsen. Detta projekt avslutades 2007 och kallades för projekt KPM. Syftet med projektet var att:

"[...] dels att få en bild av vilka kunskaper och erfarenheter som finns bland de verksamheter som arbetar med målgruppen, dels att ta del av det utvecklingsarbete som pågår i olika projekt i hela landet" (Nationell psykiatrisamordning & Socialstyrelsen, 2007, sid. 7)

I projektet framkom att både psykiatrin och missbruksvården idag är mer medvetna om problemiken kring samsjuklighet. Dock visade det sig också att psykiatris roll var begränsad till endast akutinsatser samt utredningar och långsiktig behandling saknades. Projektet visade också att det fanns en god kunskap hos de organisationer som arbetade med specialiserade vårdinsatser för samsjuka personer men det brast på den övergripande nivån inom organisationerna. Det saknades även resurser för att kunna erbjuda samsjuka personer de insatser de behöver. I projektet betonades det att det krävdes en långsiktig uppbyggnad av såväl långsiktiga insatser som samverkan mellan organisationerna. Organisationerna bedömde det skulle ta ungefär 3-4 år för detta samverkansarbete att fungera (ibid.).

2. Teori

Nedan presenteras de teorier vi valt att i vårt arbete utgå ifrån. Vi har valt att utgå från en samarbetsteori som från början grundades av Bengt Berggren, men som utvecklats vidare av Ann Boklund (1995). Vi har på grund av att samarbetsteorin är så pass begränsad valt att komplettera med Bolman & Deals (2005) politiska perspektiv inom en organisationsteori. Dessa teorier har vi valt att i vår analys utgå ifrån då samarbete och samverkan mellan olika organisationer var något som nämndes mycket vid intervjuerna.

2.1 Samarbetsteori

Boklund (1995) skriver att i Berggrens modell ses ordet *samverkan* som ett överordnat begrepp som rymmer många olika dimensioner. Dimensionerna utgör aspekter på samarbetet, exempelvis form och innehåll. Samverkan är en av modellens fyra samarbetsformer, de olika formerna är;

Separation (icke-samarbete) – vilket innebär ett icke-samarbete exempelvis där det, inom en organisation, formas olika insatser parallellt för en och samma klient men som egentligen inte har något som helst samspel. Utåt sett ser det ut som ett samarbete men vid närmare granskning är det inte det.

Koordination (samordning) – är samarbete i form av samordning mellan olika verksamheter. Det handlar om att en organisation remitterar klienten till en annan organisation utan något egentligt samarbete.

Kollaboration (samverkan) – är det samarbete där genuin samverkan faktiskt sker. Denna samarbetsform innebär att varje yrkesgrupp behåller sitt ansvarsområde och verksamhetsområde som avgränsat, men i frågor gällande vissa klienter förekommer ett tillfälligt samarbete.

Sammansmältning (integration) – betyder att verksamheter och yrkesgrupper integreras med varandra. Denna sammansmältning innebär att yrkesgrupper delar på samma arbetsuppgifter, de gör i princip samma saker. (Boklund, 1995).

Boklund (1995) menar, utifrån Berggrens teorier, att samverkan definieras som kollaboration, vilken skiljer sig från andra former av samverkan. Olika yrkesgrupper tillför sina specifika resurser, kompetenser och kunskap till en uppgift skall genomföras gemensamt. Yrkesgrupperna tillför någonting till varandra, kompletterar varandra. Till skillnad från om varje yrkesgrupp hade tillfört sin kompetens separat kan uppgiften i stället lösas optimalt. Varje yrkesgrupp bidrar med sitt perspektiv, vilket leder till en helhetsanalys. Denna samarbetsform grundar sig i bibehållandet av det särskiljande, vilket innebär att varje yrkesgrupp upprätthåller sitt ansvarsområde och sin kompetens. Samarbetsformerna rymmer också en kvalitetsaspekt, som beskriver vilket samarbete som antas vara ”det bästa”. Boklund menar att det dock ej framgår i modellerna att det ställer olika krav på yrkesgruppernas relation till varandra. Det saknas analys av förutsättningar och motstånd som kan finnas hos

de parter som ska samarbeta. Att samarbeta innebär lagarbete, oavsett vilken form av samarbete det gäller.

2.2 Politiskt perspektiv

Bolman och Deal (2005) beskriver olika perspektiv inom organisationsteori, bland annat det politiska perspektivet. Enligt detta perspektiv kan organisationer liknas med politiska arenor, ett nätverk av individ- och gruppintressen. Det politiska perspektivet innebär att fatta beslut och fördela resurser i en kontext som utmärks av begränsade resurser och motstridiga intressen. Grunden till att politik uppstår är beroendeförhållanden, motstridiga intressen, knappa resurser och maktförhållanden. Inom det politiska perspektivet ses organisationer som koalitioner bestående av olika intressegrupper med olikheter gällande värderingar och åsikter. Huvudsakligen handlar viktiga beslut om vem som får vad. Konflikter har en central plats i organisationsdynamiken på grund av knappa resurser och bestående skillnader mellan organisationerna. Mål för organisationerna växer fram genom förhandlingsprocesser mellan koalitionsmedlemmarna. Statliga myndigheter verkar i en komplex och förvirrande röra av olika intressegrupper, vilka ställer krav och försöker driva igenom sin vilja. Detta resulterar ofta i motstridiga mål och leder oundvikligt till konflikter (Bolman & Deal, 2005).

3. Metodologiska överväganden

Nedan presenteras hur vi gått till väga för att samla ihop empiri, hur urvalet av intervjupersoner gått till, val av metod, vilka hjälpmedel som använts, hur vi orienterat oss om kunskapsläget, egna reflektioner och tillförlitlighet, en beskrivning av de intervjuade organisationerna samt etiska överväganden.

3.1 Tillvägagångssätt

Från början var vår tanke att utgå från endast socialsekreterares syn på svårigheter kring samsjuka klienter och ville intervjua tio socialsekreterare från olika socialkontor. Vi skickade via mail ut intervjubrev innehållande vårt syfte med undersökningen till samtliga tio tilltänkta socialkontor. Det visade sig dock vara problematiskt att få tag på tillräcklig många intervjupersoner så vi ändrade vårt syfte och utökade intervjugruppen. Intervjubrevet som först skickades ut innehåller således ej vårt slutgiltiga syfte (se bilaga 1). Vi kontaktade utöver de fyra socialkontor som tackat ja till intervjuer efter första förfrågningen andra organisationer som kommer i kontakt med samsjuka personer. Tre av de fyra nya organisationer som tackat ja till intervju informerades om vårt syfte med undersökningen via

telefon då det var via telefon den första kontakten togs. I de andra fallen togs den första kontakten via intervjubreven som skickats ut via mail. Vi har sammanlagt intervjuat åtta olika organisationer varav fyra av dessa varit socialkontor och de andra ett stödboende, en specialistmottagning, ett mobilt team samt ett Fontänhus (se även avsnitt 3.6). Vi såg ingen anledning att i urvalet av intervjupersoner eftersträva majoritet av något av könen. Det förföll sig dock så att det blev en jämn könsfördelning. Då vi efter intervjuerna utvecklade vårt syfte skickade vi till samtliga intervjupersoner ut en kompletterande intervjufråga. Den kompletterande intervjufrågan handlade om intervjupersonernas inställning till lågtröskelinsatser. Vi fick dock ej svar från socialsekreterare Å. Vid intervjuerna har vi använt oss av intervjuguider, vilka vi förändrat något under arbetets gång för att anpassa frågorna till den organisation som varit föremål för intervju.

Vi har båda deltagit och genomfört samtliga intervjuer och genom hela arbetets gång har vi delat upp arbetet i olika teman. Dessa teman har vi författat var och en för sig och sedan tillsammans utvecklat och sammanställt. Största delen av undersökningen har författats gemensamt. I utformandet av undersökningen har samarbetet fortgått mycket bra och inga oklarheter eller meningsskiljaktigheter har uppstått.

3.2 Urval

Vi försökte att variera de personer som skulle intervjuas genom att vi kontaktade olika arbetsplatser (Aspers, 2007). Efter de första intervjuerna fick vi tips från intervjupersonerna om några som vi ytterligare kunde kontakta för vidare intervjuer. Särskilt en verksamhet dök återkommande upp i våra intervjuer vilken vi sedan kontaktade för intervju. Vi intervjuade inte specifika personer utan kontaktade organisationerna och lät de avgöra vem som var mest lämpad och hade tid för intervju. Vi har varit medvetna om att denna form av icke-sannolikhetsurval lämnar över beslutet om vem som är lämplig för intervju till en specifik arbetsplats (May, 2001).

Vi har valt att benämna våra intervjupersoner som representant samt organisationens namn. Socialsekreterarna har vi dock valt att benämna som socialsekreterare X, Y, Z samt Å. I följande text kommer socialsekreterarna på vissa ställen att förkortas till exempelvis endast "X" i stället för "Socialsekreterare X". Vid intervjuerna av stödboendet, mobila teamet och Fontänhuset deltog 2-3 yrkesverksamma personer i stället för endast en som på de andra ställena. Dessa benämns då som "representanterna". Vid ett av våra intervjutillfällen deltog utöver intervjupersonen en kandidat och vid intervjun av Fontänhuset deltog en kandidat samt

en medlem. Kandidaterna har dock haft en mindre roll vid intervjuerna. Då en medlem deltog vid intervjun var det inte på våran förfrågan utan något den intervjuade organisationen ansåg lämpligt (se 3.7).

3.3 Metodval

Vi har använt oss av den kvalitativa metoden i vår undersökning då vi i vår analys ville ha möjligheten att vara flexibla och fördjupa oss i texten i stället för att använda oss av siffror och statistik som den kvantitativa metoden bygger på. Vid insamlandet av empirisk data använde vi oss av semistrukturerade intervjuer. I semistrukturerade intervjuer används specificerade frågor, dock finns en tillåtelse att fördjupa svaren. Denna intervjuform ger intervjuaren möjlighet att fördjupa svaren genom dialog med den intervjuade. Den som blir intervjuad har i denna intervjuform möjlighet att besvara frågor i egna termer. Ett visst mått av handlingsutrymme ges alltså till intervjuaren (May, 2001). Genom att vi har använt oss av en kvalitativ metod samt semistrukturerade intervjuer har vi kunnat fylla håligheter i empirin genom följdfrågor till intervjupersonerna istället för att ha fyllt dessa med våra egna förförståelser (Aspers, 2007). Vi är dock medvetna om att en svaghet med den kvalitativa intervjuemetoden är att den fokuserar på enskilda personers åsikter (Repstad, 1999).

3.4 Hjälpmedel

Vi har i våra intervjuer använt oss av en diktafon. Detta för att skapa en bättre kommunikation mellan oss och intervjupersonen och för att kunna koncentrera oss helt på intervjupersonen istället för att fokusera på att skriva ner vad personen säger. Vi ville behålla fokus och kunna fånga upp svaren och komma med följdfrågor. Vi har använt oss av intervjuguider som har fungerat som mallar vid våra intervjuer men anpassats efter de olika organisationerna och ändrats under arbetets gång (Repstad, 1999). Vi är medvetna om att vår undersökning inte ger en generell bild av problematiken då vi valt att avgränsa oss till det specifika området.

Vid transkribering av intervjuerna valde vi att inte transkribera ordagrant. Vi uteslöt långa pauser, upprepningar och stakningar då vi ej anser dessa vara betydande för innehållet. När citat av intervjuperson förekommer i analysen är dessa således förenklade.

3.5 Orientering av kunskapsläget

För att orientera oss om kunskapsläget innan vi började skriva vår uppsats, har vi letat efter relevant litteratur genom Lunds universitets bibliotekskatalog Lovisa, nationella bibliotekssystemet LIBRIS samt sökt artiklar genom Lunds universitets artikelsök

ELIN@Lund. Vi har inhämtat kunskap om samsjuklighet samt samverkan kring personer med samsjuklighet genom att använda följande begrepp då vi sökt litteratur; dubbeldiagnos*, samsjuklighet, psykisk störning, psykiatrisk diagnos, missbruk, samarbetsteori, ansvarsteori samt organisationsteori. Vi har också kombinerat några av våra begrepp för att utöka vår sökning, exempelvis psykiatrisk diagnos + missbruk, psykisk störning + missbruk. Vi har även sökt på engelska begrepp såsom; dual diagnoses + difficulties, psychiatric + abuse. Vi har även tittat i tidigare socionomstudenters uppsatser om liknande ämnen för att få inspiration om hur vi kan utföra och lägga upp vårt arbete.

Enligt Blom, Morén och Nygren (2006) bör socialt arbete bedrivas målrationellt utifrån empiriskt grundad vetenskaplig kunskap. Vi har i så stor utsträckning som möjligt använt oss av vetenskaplig litteratur, men har även använt oss av annan litteratur som vi funnit relevanta. Vid uppsatsens startskede tog vi kontakt med en universitetslektor vid Lunds universitet som är inriktad på missbruksproblematik. Detta för att vi ville orientera oss mer om ämnet och ta emot tips och råd inför vårt vidare arbete.

3.6 Egna reflektioner och tillförlitlighet

Våra tankar kring denna problematik grundar sig dels i praktikerfarenheter, personliga erfarenheter samt vår förförståelse. Vi har dock försökt hålla oss objektiva i insamlandet av empirisk data och ej låtit vår förförståelse bryta in för mycket i vårt arbete. Vi har varit medvetna om våra roller som intervjuare och har försökt vara objektiva genom att vi försökt undvika att visa våra tankar och värderingar (May, 2001). Att inte ha någon förförståelse inför intervjuerna anser vi dock vara oundvikligt.

3.7 Beskrivning av intervjuade organisationer

Specialistmottagningen är en öppenvårdsmottagning tillhörande psykiatrin för personer med samsjuklighet. De tar bara emot personer som har psykosdiagnos med schizofreni eller vanföreställningar och ett aktivt missbruk. Mottagningen bedriver en integrerad behandling samt har ett behandlings- och förhållningssätt som är icke konfrontativt. De har ingen tidsbeställning utan har öppen mottagning varje dag, måndag till fredag. Målet med klienterna är ej att uppnå drogfrihet, utan minska skadeverkningar, öka hälsa och välmående och livskvalitet (Representant från specialistmottagningen).

Det *mobila teamet* utför klassiskt uppsökande arbete inriktat mot folk med psykisk sjukdom, där nästan de flesta de möter har ett missbruk. De vänder sig till dem som sover ute, på härbärgen, och som rör sig i gruppen bland utsatta och utslagna personer. Gruppen har väldigt

tydliga behov och enhetens uppgift är försöka få kontakt med dessa personer och sedan länka dem vidare till andra aktörer, exempelvis socialtjänst och psykiatri (Representanter från det mobila teamet).

Fontänhuset är en privat stiftelse och tillhör alltså varken socialtjänst eller psykiatri. Det är en psykosocial, arbetsinriktad rehabilitering som vänder sig till personer som är, eller har varit, i kontakt med psykiatrin. Personalen på Fontänhuset kallas för handledare och personerna som vistas där är och kallas medlemmar. Representanterna från Fontänhuset berättar att handledare och medlemmar arbetar tillsammans på samma nivå eftersom gränser och maktstrukturer ska suddas ut. Fontänhuset är utformad som ett klubbhus och erbjuder ett frivilligt och kostnadsfritt deltagande, som medlem har man möjlighet att påverka sin livssituation och sitt dagliga liv. Där erbjuds en arbetsorienterad dag där medlemmarna själva bestämmer när, hur mycket och med vad de vill delta i (Fontänhuset, 2009). Representanter från Fontänhuset säger att många har ett långt liv bakom sig med isolering och helt plötsligt är de delaktig i något, det är deras arbetsplats. Representanterna menar vidare att det sker någonting med människor där och att det ska vara en väg tillbaka till samhället. På Fontänhuset tar medlemmarna allt i sin egen takt, det är ingen tidspress och de får ta de steg de orkar ta.

Stödboendet är ett så kallat lågröskelboende där kriterierna för att få komma dit är att man är hemlös och har ett aktivt missbruk och någon form av psykisk diagnos. Det är tillåtet att ha ett pågående missbruk då man bor på stödboendet men ej att konsumera droger på boendet. Det är ett boende för både män och kvinnor. Ofta har de boende straffat ut sig från alla andra ställen innan de kommer till stödboendet (Representanter från stödboendet).

3.8 Etiska överväganden

Etik syftar till ett antal normer som en grupp eller samhället har kommit överens om som handlingsregler i syfte att utröna vad som är legitimt eller acceptabelt i strävan att uppnå vissa mål. Etiska beslut fastställs ej utifrån vad som är fördelaktigt för forskaren eller forskningsprojektet utan har att göra med vad som är rätt eller rättvist utifrån dem som berörs av forskningen (May, 2001). Lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor, beskriver de regler som gäller vid bedrivandet av forskning. Enligt 2§1st gäller dock ej denna lag för det arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning. Vi har dock ändå utgått ifrån denna lag då vi anser att det är bra etiska riktlinjer att följa. Etiska omdömena inom samhällsforskning bör bygga på en rad principer eller regler för hur forskningen bör bedrivas. En av dessa principer handlar om samtycke, vilket innebär att de

personer som ska intervjuas måste informeras om och samtycka till att ingå i undersökningen. De personer vi intervjuat informerades om syfte, metoder och den övergripande planen för forskningen. Vi har i vårt arbete aidentifierat intervjupersonerna samt namnen på organisationerna (May, 2001).

Enligt lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor får forskningen, enligt 7§, endast bedrivas om det kan utföras med respekt för människovärdet. Detta innebär, enligt 9-10§, att forskningen inte får godkännas om det innebär risker för forskningspersonernas hälsa, säkerhet eller personlig integritet och om forskningsresultatet kan uppnås på ett annat sätt. Därför valde vi att inte intervju klienter i eller efter behandling då vi ansåg att vårt resultat kunde uppnås genom att endast intervju fältet som arbetar med klienterna. Vi anser dock inte att det störde då en medlem deltog vid intervjun på Fontänhuset eftersom Fontänhusets organisation är uppbyggd att handledare och medlemmar är på samma nivå och arbetar tillsammans. Därmed föll sig detta naturligt.

4. Analys

I detta avsnitt kommer vi att analysera vår empiriska data utifrån olika teman. De teman som kommer att presenteras är; intervjupersonernas tankar om insatser för samsjuka personer, problematiken kring klientgruppen samt samverkan. Vi har inom varje tema valt att först presentera intervjupersonernas tankar, stödja detta med litteratur och forskning för att till slut föra en diskussion kopplad till teori.

4.1 Insatser

I detta stycke presenteras intervjupersonernas tankar om de befintliga insatserna för samsjuka personer, vilka insatser de anser saknas samt deras tankar kring lågröskelinsatser.

4.1.1 Vilka insatser saknas?

Vad gäller insatser är socialsekreterare Å den enda som anser att det inte behövs fler insatser för samsjuka klienter. Detta säger Å beror på att de inte har många samsjuka klienter och att det därmed ej finns ett behov av fler insatser. Representanterna från mobila teamet, stödboendet samt socialsekreterare X och Y, nämner att det skulle behövas fler boenden för samsjuka då efterfrågan är jättestor. Socialsekreterare X och representanterna från stödboendet säger att samsjuka personer faller mellan stolarna. Båda menar vidare att dessa personer ofta straffat ut sig från alla boenden som socialkontoren erbjudit trots att de fått ett flertal chanser. Det finns mycket begränsat med tillgångar och det finns inte så många ställen

som tar emot de här människorna. Straffar de ut sig från ett boende är det svårt att hitta ett annat. Det stödboende som finns nu för dessa klienter har nästan aldrig lediga platser då det sällan är någon som flyttar ut, berättar socialsekreterare X. Socialsekreterare Y säger att en del av de samsjuka klienterna är väldigt aggressiva eller paranoida vilket leder till att de åker ut från exempelvis hotell eller härbärgen och till sist har betat av de ställen socialkontoret har tillgång till. Representanterna från mobila teamet berättar att de har haft kontakt med personer som har en psykisk sjukdom, sköter sin medicinering, bor i tält men ändå inte kan få en lägenhet. Representanterna är övertygade om att en del av dessa personer skulle klara av en egen bostad, kanske med hjälp av någon form av boendestöd. Men de personerna, menar representanterna, kommer ej på frågan för socialtjänstens lägenheter. Representanterna för stödboendet som är en form av lågtröskelboende berättar att det krävs väldigt mycket för att en boende ska bli utkastad därifrån:

När det gäller lågtröskelinsatser är det något vi har [...]. De boende får vara påverkade men inte använda droger på stället. Jag tror inte ett boende med krav på drogfrihet skulle fungera för någon av våra boende. Jag tycker att det är viktigt att det finns lågtröskelinsatser. Det är annars stor risk att många människor hamnar helt utanför samhället, med hemlöshet som en av konsekvenserna (Representanterna från Stödboendet).

När det gäller lågtröskelboenden är representanterna från det mobila teamet helt övertygad om att det borde finnas fler boenden i stil med stödboendet. Representanterna anser inte att alla samsjuka kan bli nyktra, i alla fall inte med detsamma. De menar vidare att bara för att dessa personer inte klarar av att bli nyktra med detsamma så betyder inte det att de inte ska få någonstans att bo. Boendena för samsjuka ska inte vara härbärgen med en osäker tillvaro och en massa konstiga regler där man kan bli avbokad på dagen om man inte sover där på natten. Dessa regler anser inte representanterna från mobila teamet fungerar för personerna de träffar då dessa inte kan anpassa sig efter reglerna eftersom att de oftast har en annan dygnsrytm. Representanterna ifrågasätter vad det är som säger att man måste sova på natten på ett härbärke och menar att det blir väldigt mycket utefter samhällets normer. Vilket blir knepigt för dessa personer med samsjuklighet.

Tidigare forskning visar, liksom intervjupersonerna menar, att bostadsfrågan är ett problem för samsjuka personer. Gefvert, Sundberg & Wiberg (2005) menar allvarlig psykisk sjukdom och ett missbruk inte sällan leder problem med boende. Störande beteende eller hyresskulder

kan medföra uppsägning och det kan vara mycket svårt att få en bostad på den öppna bostadsmarkanden. Många blir hänvisade till socialtjänstens boenden eller ideella föreningar, många samsjuka personer återfinns därför ofta i boenden som egentligen är avsedda att vara tillfälliga.

4.1.2 Intervjupersonernas tankar om lågtröskelinsatser

Representanterna från stödboendet anser att det är bra om klienterna kan ha en sysselsättning på dagarna där de inte behöver vara spiknyktra. De säger även att sysselsättning kan hjälpa vissa klienter att använda droger i mindre utsträckning eftersom att de får känna att de gör någonting. Det kan skrämja bort de här personerna när de måste vara nyktra för att få en sysselsättning och inte får komma tillbaka förrän de är det. Socialsekreterare X menar först att det ofta inte är någon bra lösning att få samsjuka klienter i sysselsättning då det inte går att ha en aktiv missbrukare i sysselsättning. Om klienterna får vara påverkade fyller det ej någon funktion för den enskilde. Senare i intervjun säger socialsekreterare X att det ändå kanske skulle behövas någon form av sysselsättning för den här gruppen som skulle kunna passa dem. En plats där denna grupp människor kan vara dagtid och få hjälp och stöd att kontakta myndigheter. Socialsekreterare Y säger att lågtröskelinsatser är till för dem som lever ute på gatorna eller hamnar i en mycket svår situation. Att klienterna saknar tak över huvudet eller mat för dagen är ovanligt på dennes socialkontor. Y tycker inte att lågtröskelinsatser fattas då de är ute efter mer permanenta tillbud som gör att klienterna samtidigt har en chans att förändra sina liv. Y säger att de härbärgena som finns inte är roliga ställen att bo på och klienterna där inte heller får hjälp med att förändra sitt liv men att dessa ställen ej heller är till för det. Representanterna från mobila teamet menar att ställen som kräver att folk ska vara nyktra är fruktansvärt viktiga men att man kanske ska ha ett steg under det också, att man behöver tänka lite nytt. Problemet med de här stegen, menar representanterna, är att dessa steg då blir fler och ju fler steg det finns desto lättare att utestänga personer:

Skapar man en massa sådana verksamheter behöver man inte förändras. Om man ändå kan arbeta här så blir det cementerande. Risken är att man håller fast folk i ett beteende som de egentligen inte mår bra av och som de därmed inte behöver förändra. Ju fler dagverksamheter och natthärbärgen och gratiserbjudande som finns, desto lättare är det ju. Jag menar inte att det ska vara jobbigt att vara hemlös men man har ju mindre incitament till att göra en förändring (Representanterna från mobila teamet).

Representanterna från mobila teamet säger att det är en svår situation då man inte ska neka någon bara för att de är missbrukare men samtidigt måste man vara medveten om att man riskerar att stjälpas dem. De berättar vidare att det finns en dagverksamhet för hemlösa, där i stort sett 90 % är missbrukare. Det är där hela tiden en kamp om en civiliserad nivå. De menar att det är mycket bra med samlingsställen och verksamheter som dessa men att det är svårt att hålla ordning. Representanterna från Fontänhuset säger att vi har normer och regler som styr vår normalitet och frågar sig hur det normala samhället skulle bemöta en person som exempelvis kommer drogpåverkad till sin praktikplats och om detta leder till ytterligare en isolering från det normala. Representanterna ifrågasätter vidare hur bra man kan arbeta med personer som är påverkade. De säger dock att det skulle vara en humanare utgångspunkt att börja där individen befinner sig och ha drogfriheten som ett slutmål.

När det gäller lågtröskelinsatser finns både fördelar och nackdelar med dessa menar representanten från specialistmottagningen. Både representanten från specialistmottagningen och socialsekreterare Z anser att lågtröskelboenden kan vara ett första steg för att nå samsjuka personer och skapa den trygghet som behövs för att komma vidare. Lågtröskelboenden borde enligt representanten från specialistmottagningens erfarenhet endast ses som en högst temporär och kortvarig intervention då den svaga punkten är boendet riskerar att bli en permanent lösning.

Den svaga punkten, som jag har erfarenhet av från vår verksamhet, är att dessa lågtröskelboenden riskerar att bli en permanent lösning. Risken finns att hoppet om ett annat liv utan missbruk dör. Istället förstärks känslan av utanförskap och bilden av ett misslyckat liv (Representanten från specialistmottagningen).

Representantens erfarenhet säger att de samsjuka klienter som har andra typer av boendeinsatser med anpassat stöd genomgående har en förbättrad psykisk hälsa. De arbetar aktivt med att minska sitt missbruk eller har uppnått drogfrihet. Denne menar att anledningen till deras framgång verkar vara kopplat till att de har fortsatt ansvar för de val de ständigt gör. Det stärker deras inre motivation och gör att tilltron till deras egen förmåga att förändra sin tillvaro ökar. Om detta kan åstadkommas genom lågtröskelinsatser är representanten osäker på.

Det intervjupersonerna säger om lågtröskelboenden samt riskerna med dessa diskuteras även av Gefvert, Sundberg & Wiberg (2005). De menar att det behövs olika boendeformer för

samsjuka personer, alltifrån egna boenden till institutioner. Boenden för samsjuka personer ska erbjuda trygghet, en drogfri miljö och helst också ge möjlighet till social gemenskap. Vissa klienter är i behov av boenden som kan begränsa deras avvikande och störande beteenden samtidigt som det måste finnas en acceptans för udda och påfrestande beteenden. Boenden utan ambitionen att reducera missbruk och träna den boenden i sociala färdigheter är slöseri med resurser. Många samsjuka personer hittas i boenden som egentligen är avsedda att vara tillfälliga och många fastnar i dessa tillfälliga boenden då de på grund av sin samsjuklighet ej har förmåga att kvalificera sig för andra mer självständiga boenden. De samsjuka personerna har svårt att anpassa sig till de regler som är nödvändiga i de självständiga boendena. Författarna menar att ett problem med lågtröskelboenden är att de tenderar att befästa och till och med förvärra de boendes missbruk och utanförskap. Det är mycket svårt för dessa personer att själva avstå droger då de vistas i en boendemiljö där det förekommer droger:

I ett boende där det finns droger och påverkade personer kan man inte förvänta sig att ens den mest välmotiverade skall lyckas avstå från fortsatt missbruk.

(Gefvert, Sundberg & Wiberg, 2005, sid. 15).

Gefvert, Sundberg & Wiberg (2005) menar att vid försök med så kallade lågtröskelboenden, där det är tillåtet att vara påverkad och ibland även konsumera droger, har det visat sig svårt att hitta en rimlig balans mellan att upprätthålla nödvändiga villkor och samtidigt vara tolerant inför de boendes beteende.

4.1.3 Diskussion kring insatser

Enligt Bolman och Deals (2005) politiska perspektiv kan organisationer liknas med politiska arenor med olika intressen, värderingar och åsikter. Vi tänker att de olika organisationerna som kommer i kontakt med samsjuka personer representerar sådana arenor. Socialsekreterarna representerar en arena, specialistmottagningen en arena, det mobila teamet en arena och så vidare. Vad gäller tankar om insatser för samsjuka har det framkommit att alla intervjupersoner förutom socialsekreterare Å anser att fler insatser för samsjuka behövs. Vi ser att intervjupersonernas åsikter om insatser är samstämmiga med endast socialsekreterare Å som avvikelser. Det är främst lågtröskelinsatser i form av boenden som efterfrågas bland intervjupersonerna. Till skillnad från de övriga intervjupersonerna är det endast socialsekreterare Y som inte anser att det är specifikt lågtröskelinsatser som saknas. Socialsekreterare Å svarade ej på den utskickade kompletterande frågan angående

lågtröskelinsatser och finns därför ej med i jämförelsen. Även på frågan om lågtröskelinsatser har det alltså visat sig att intervjupersonerna är eniga med en avvikande åsikt och ett bortfall. De olika organisationerna sett som politiska arenorna är över lag eniga gällande insatser för samsjuka klienter (Bolman & Deal, 2005).

4.2 Den samsjuka klienten

Nedan följer intervjupersonernas tankar kring de samsjuka klienterna och hur de arbetar med dem. Här presenteras intervjupersonernas tankar kring klienternas egen motivation, eget ansvar samt sjukdomsinsikt.

4.2.1 Klientens eget ansvar, motivation och sjukdomsinsikt

Genomgående i intervjuerna säger intervjupersonerna att de samsjuka klienterna är en svår grupp att hjälpa. Representanterna från det mobila teamet menar att det är en klientgrupp som är bullriga, jobbiga och inte passar tider eller dyker upp överhuvudtaget. Det kan då bli svårt att hitta någon som vill ta emot dem. Socialsekreterare Y berättar att de här klienterna är svåra på olika sätt och även om det finns en detaljerad plan så ställer klienten alltid till något som gör att planen ej kan följas. Y betonar klientens ansvar i kommunikationen mellan socialarbetare och klient. Socialsekreterare Å anser att de klienter som manipulerar mycket är riktigt svåra att hjälpa då de kan försöka spela ut olika verksamheter mot varandra. Vidare säger Socialsekreterare Å att det är lätt att få en person med grav borderlineproblematik vänd emot sig och att de inte vill träffas vilket kan göra det omöjligt att lägga upp en bra planering. Socialsekreterare X säger också att de samsjuka är en jättesvår grupp att hålla kontakten med då det hela tiden sker på deras villkor, vilket det måste få göra.

Socialsekreterare Z berättar att alla samtal sker på klientens villkor. Även representanten från specialistmottagningen säger att det är jätteviktigt att det är klienten själv som vill komma till dem. De låter klienten själv berätta vad denne vill ha hjälp med då de vill åt klientens egen berättelse av vad de egentliga problemen är. Representanten från specialistmottagningen säger att klientens vilja till förändring, tilltro till sin egen förmåga att kunna förändras och upplevelsen av att samhället stöttar en förändring och tror på den är grundförutsättningar för att klienten ska lyckas. Klienterna på specialistmottagningen har fullt ansvar för sitt agerande:

Från dag ett har patienten fullt ansvar för vad den säger, inte gör, inte säger. Och det vi jobbar med är att få patienten att se att de val, för de tror inte att de gör val

varenda dag. Att visa på att det är de som bestämmer och styr över sitt liv
(Representanten från specialistmottagningen).

Socialsekreterare X berättar att det både inom vård och omsorg och inom socialtjänsten krävs ett visst engagemang från klienten själv. Socialsekreterare X säger vidare att de aldrig kan ta kontakt med någon utan ett medgivande och att det inte är mycket medgivande de får av de samsjuka klienterna. Vill inte klienten själv går det inte göra någonting åt det. Representanterna från det mobila teamet säger att de inte försöker tvinga på någon hjälp och vill personerna inte ha någon hjälp är det okej. Då personerna uttrycker att de skulle vilja ha hjälp av mobila teamet, exempelvis att kontakta socialtjänsten, det är då de kan göra mer konkreta saker. Det mobila teamet menar att det i slutändan handlar om huruvida de här personerna vill förändra någonting i sin situation eller ej. Socialsekreterare Å säger att det är svårt att få in en del klienter på frivilliga behandlingar och att man då får ägna mycket tid att försöka motivera klienterna. Om klienten avbryter behandling menar Å att det kan bero på otålighet och bristande motivation. Socialsekreterare Y berättar att klienterna lätt kan bli rädda så fort det blir lite svårt i exempelvis sysselsättningen och då drar sig då undan och blir isolerade. Representanterna på Fontänhuset säger att det handlar om att göra aktiva val som de själva vill. De berättar att deras medlemmar annars ofta har haft en passiv roll. Andra har sagt vad de ska göra och de har ej tagit del i sin egen rehabilitering. Medlemmarna är vana vid en maktstruktur och har alltid haft folk som bestämt saker över huvudet på dem.

Några av intervjupersonerna nämner svårigheterna med att de samsjuka personerna ej har någon sjukdomsinsikt. Socialsekreterare X berättar att många av klienterna inte själva ser att de har problem med droger och vill därför inte sluta droga. X säger vidare att det är väldigt få klienter som fullföljer sin behandling och att en av anledningarna till detta kan vara avsaknad av insikt av vad de själva behöver. Deras klientel vill inte gärna ha kontakt med psykiatrin då det klingar väldigt negativt i deras öron. Representanterna från det mobila teamet samt socialsekreterare Z och Å uppfattar det som att de samsjuka personerna som inte tycker att de har några psykiska problem är svårast. Det går inte att erbjuda dessa personer någon psykiatrihjälp om de inte tycker att de har något problem. Socialsekreterare Å berättar att klienterna kan ha mångårig kontakt med psykiatrin men tycker ändå inte själva att de är sjuka utan bara har missbruksproblematik. Det blir svårt att samarbeta med dessa personer då det inte alls vill känna av sin psykiska sjukdom. Representanten från specialistmottagningen berättar att det är deras målgrupp som är den gruppen som får minst vård:

[...] dom lever som eremiter många av dem eller att de försöker identifiera sig med missbruket, alltså dom vill så gärna vara missbrukare för det är finare än att vara psykiskt sjuk. De försöker alltså smälta in i den gruppen, det är lite tragiskt men så är det (Representant från specialistmottagningen).

Angående huruvida personerna identifierar sig mer med missbruket eller ej anser representanterna från mobila teamet att de samsjuka personerna framhäver den ena problematiken för att dölja det andra. De anser dock inte att det nödvändigtvis måste vara så att de främst identifierar sig med just missbruket. Representanterna från Fontänhuset menar att det kan vara en rätt trygg roll för de samsjuka att vara dem som inte har fått ta någon plats och det blir en roll i sig att vara psykiskt sjuk. Under hela deras liv har alla bara tittat på den sjuka biten, det blir en identitet. Representanter från Fontänhuset menar vidare att psykiskt sjuka har lägre status än en höna och att en höna har mer skydd än en människa som lider av psykiskt ohälsa.

I den tidigare forskningen går att utläsa att personer med samsjuklighet ofta upplevs som svåra klienter vilket det framkommit att intervjupersonerna gör. Gefvert, Sundberg och Wiberg (2005) skriver att denna klientgrupp kan upplevas som svår på grund av deras bristande följsamhet till uppgjord planering. Daley (1998) menar i antologin *"Dubbel Trubbel- Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning"* att följsamhetsproblem är vanligt hos samsjuka personer. Han skriver att klienter med låg motivation till förändring troligen har sämre förmåga att fullfölja sin behandling jämfört med dem som har högre motivation. Vissa samsjuka har lätt för att följa behandling men många har svårt för eller är helt oförmögna att göra det. Samsjuka personer söker sällan själv hjälp för sitt beroende eller för sin psykiska sjukdom. Tecken på följsamhetsproblem kan vara exempelvis då klienten kommer för sent till eller uteblir från behandlingsmöten, tar återfall eller lämnar behandlingen i förtid. Daley skriver att huruvida klienten klarar en behandling påverkas av om denne har accepterat sina olika sjukdomstillstånd eller inte. En person som ej accepterar sina diagnoser kommer förmodligen inte inse behovet av behandling. Klienten har låg motivation och beredskap till förändring. Palmstierna (2004) menar att det är vanligt att personer med framförallt personlighetsstörningar inte spontant själva söker hjälp. Palmstierna (ibid.) skriver också att en vanlig reaktion mellan olika verksamheter är att man uppfattar klientens agerande som manipulation. Vilket kan leda till att man omedvetet utestänger klienten från sin verksamhet eftersom att man misstolkar det omedvetna manipulativa beteendet som medvetet.

4.2.2 Diskussion kring svårigheter med den samsjuka klienten

Sju av åtta intervjupersonerna belyser svårigheterna med att samsjuka klienter ibland saknar sjukdomsinsikt eller motivation och egen vilja till förändring. De menar att detta är avgörande faktorer för huruvida klienten går att hjälpa eller inte. Det är endast representanterna från stödboendet som inte nämner dessa svårigheter. De politiska arenorna, således intervjupersonerna, är eniga om att samsjuka klienter är en svår klientgrupp. Politiska arenor karakteriseras annars av intressekonflikter samt olikheter gällande värderingar och åsikter. Dock kan vi inte urskilja några markanta meningsskiljaktigheter då det bara finns en avvikelse. Vad gäller svårigheter med samsjuka klienter framgår alltså att de olika arenorna är eniga (Bolman & Deal, 2005). Vi tänker att stödboendets representanters avvikelse kan bero på att arbetet med klientens motivation inte ligger inom stödboendets arena.

4.3 Samverkan

Nedan följer intervjupersonernas tankar kring betydelsen av samverkan kring de samsjuka klienterna, vilket ansvar organisationerna har för att samverkan ska fungera samt vilka svårigheter som kan uppkomma i samverkan.

4.3.1 Samverkans betydelse

Samtliga intervjupersoner anser att samverkan kring personer med samsjuklighet är viktigt. Socialsekreterare Å menar att om ett ärende ska lyckas så handlar allt om att det mellan exempelvis socialtjänsten och psykiatrin finns en bra dialog runt klienten. Socialsekreterare Y säger att det är viktigt att de har personliga kontakter runt om i olika organisationer, att de skapar ett nätverk runt sig. Eftersom socialtjänsten inte hanterar frågor av psykiatrisk natur måste de samarbeta med psykiatrin eller en specialistmottagning. Socialsekreterare X framhåller deras goda samverkan med specialistmottagningen och säger att de försöker samverka med alla aktörer kring den samsjuka klienten. Även socialsekreterare Z menar att det är viktigt med samverkan:

Vid ett mycket lyckat ärende var vi flera som samarbetade. Samarbete med psykiatrin, personliga ombud, mobila teamet är jätteviktigt. Jag kan inte göra detta själv, det är omöjligt med dessa klienter. (Socialsekreterare Z)

Representanterna från stödboendet menar att det är viktigt att samla allt på samma ställe och de har ett nära samarbete med specialistmottagningen. Representanten från specialistmottagningen säger att nätverksmöten med andra aktörer är mycket viktigt.

Representanten menar att genom nätverksmötena får de samsjuka personerna som ingen vill veta av hjälp med att bygga upp ett fungerande nätverk. Nätverksmötena blir av till nästan 100 % eftersom det också blir lättare för klienten att bara ha ett ställe att hålla reda på. Klienterna slipper då använda sin energi till att be om ursäkt till alla organisationer för att de kanske har missat ett möte. Representanten säger att de kräver att få styra dessa nätverksmöten:

En av anledningarna till att vi gentemot andra myndigheter kräver att få styra nätverket är för att vi vill bryta den vanliga gången att det är patienten som ska springa runt till alla. [...] Då måste alla bjudas in därför att det är patienten som har problemet som måste känna sig trygg. Vi andra är ju trygga ändå, för vi går ju hem, vi gör ett jobb. Det har blivit mer och mer tydligt för oss hur viktigt det är att försöka bryta den onda cirkeln. (Representant från specialistmottagningen)

Representanterna från Fontänhuset är inne på samma tankar kring nätverksmöten. De menar att de ibland får samla ihop olika aktörer för att det kan bli oordning annars. Om inte medlemmen själv aktivt söker upp verksamheterna anser representanterna från Fontänhuset att det är lätt för andra organisationer att släppa dem. Representanterna menar att ju fler kontakter desto bättre och därmed kan Fontänhuset hjälpa till att ta upp kontakten med de som medlemmen anser vara viktiga.

Representanterna från det mobila teamet berättar att deras syfte är att länka klienterna in till rätt instans, exempelvis socialtjänst eller sjukvård, och att de har ett uppdrag att få denna samverkan att fungera. Fyra av sju intervjupersoner, mobila teamet borträknat, uppger att de kan komma i kontakt med samsjuka klienter via det mobila teamet.

Det intervjupersonerna tar upp kring samverkans betydelse återfinns även i litteraturen. Vi vill här koppla till Svensson, Johnsson och Laanemets som i boken ”*Handlingsutrymme - utmaningar i socialt arbete*” (2008) skriver att samarbete är en metod för att kunna arbeta utifrån en helhetssyn. Det ger en högre effektivitet än insatser från en enda organisation. De menar att klienterna lättare kan ta till sig insatserna om det sker en samverkan mellan olika organisationer. Detta är speciellt viktigt att samverka när det gäller klienter med samsjuklighet. De menar att ingen organisation ensam förfogar över alla resurser som krävs i form av kompetens och expertis utan socialtjänsten och psykiatrin måste samarbeta för att kunna hjälpa den samsjuka klienten. Palmstierna (2004) menar att en grundläggande princip

för samsjuka klienter är att så effektivt som möjligt samordna de aktörer som har en viktig roll för den samsjuka.

4.3.2 Diskussion kring samverkans betydelse

Vi vill återigen koppla till Bolman och Deals (2005) politiska perspektiv att organisationer har olika intressen, värderingar och åsikter. Det har visat sig att intervjupersonerna som representerar olika politiska arenorna är eniga om att samverka mellan organisationer är viktigt. Inga avvikande åsikter eller konflikter har framkommit och de olika organisationerna har således liknande intressen, värderingar och åsikter i denna fråga.

Vi kan även koppla till Boklund (1995) som menar att då samverka faktiskt sker är vid kollaboration. Olika yrkesgrupper tillför sina specifika resurser, kompetenser och kunskaper till en uppgift som skall genomföras gemensamt och de kompletterar varandra. Yrkesgrupperna behåller dock sitt avgränsade ansvarsområde. Uppgiften kan lösas optimalt då varje yrkesgrupp bidrar med sitt perspektiv, vilket leder till en helhetssyn. Särskilt representanterna från specialistmottagningen och Fontänhuset framhåller vikten av nätverksmöten som vi tänker är kolloberation. Det har framkommit i undersökningen att många av intervjupersonerna på frågan om samverka nämner länkning. Enligt Boklunds (1995) teori är koordination (samordning) mellan olika verksamheter, alltså länkning, en av de fyra innan nämnda samarbetsformerna (se 2.1). Det är egentligen inget direkt samarbete utan handlar om att organisationer remitterar klienter emellan sig. Vi tänker dock att länkning är ett samarbete som innebär en samverka. Vi frågar oss vad som hade hänt om de olika organisationerna inte samarbetade på detta sätt, att länka klienterna vidare?

4.3.3 Organisationernas ansvar

Fem av våra åtta intervjupersoner tar upp att samsjuka personer ofta bollas mellan olika verksamheter då det inte alltid finns någon av organisation som vill eller kan ta hand om de samsjuka klienterna. De menar att psykiatrin säger att de har missbruksproblematik och kan därför inte ta emot dem och missbruksvården säger att de har en psykiatrisk diagnos och kan därför inte ta emot dem. Socialsekreterare Z samt Y säger att det är svårt att samarbeta med psykiatrin om inte klienten har en uttalad diagnos och ett samtidigt missbruk eftersom psykiatrin inte tycker att det är deras klient och endast fokuserar på missbruket. Socialsekreterare Å menar att om det är missbruket som är det dominanta problemet så är det de som har ansvaret för klienten och är det den psykiska ohälsan som är det dominanta problemet så har psykiatrin ansvaret. Socialsekreterare Y hade önskat en akutavdelning där

det inte spelar någon roll om det är missbruket eller de psykiatriska problemen som dominerar. Y säger att vårdplaneringar ofta kan handla om vilket av den samsjukets problem som är det dominanta. Y menar att sådana diskussioner inte är relevanta eftersom klienten behöver hjälp oavsett vilket problem som är dominant och att olika aktörer måste hjälpas åt. Y menar att det blir jobbigt när inga andra huvudmän vill gå in och ta ansvar för en samsjuk klient då socialsekreterarna inte har resurser, kompetens eller mandat till klientens problematik. Det mobila teamet tycker att det borde finnas fler specialistmottagningar som är specialiserade på samsjuklighet för att klienterna ska slippa bollas mellan olika organisationer.

Representanterna från det mobila teamet menar att samverkansframgång beror mycket på om de är kända för organisationerna eller inte. Även representanten från specialistmottagningen menar att de måste visa vilka de är och hur de jobbar för att samverkan ska fungera. Representanten menar att om inte andra aktörer vet hur de arbetar kan de andra aktörerna känna sig främmande i situationen. Därför brukar specialistmottagningen bjuda in exempelvis en utredare inför ett nätverksmöte för att informera om specialistmottagningens arbete. Representanterna från Fontänhuset är inne på samma spår och säger att de får jobba för de nätverken de vill ha och därmed också kan bjuda in andra aktörer.

Representanten från specialistmottagningen menar att man ofta vill att någon annan ska göra någonting först innan man kan göra någonting själv och därmed kan det bli problem i samverkan mellan organisationer. Även representanterna från det mobila teamet menar att det är svårt att samverka och ta ansvar för en klient om man tycker att det är någon annans ansvar:

Någonstans är grundproblemet ofta budget och vem som ska göra vad. All forskning säger att man måste behandla bägge alternativen samtidigt men ändå är det så att 'det är ju inte lönt att medicinera honom förrän han har slutat missbruka'. Och så är man jätteduktig på att veta vad man inte ska göra – 'det gör inte vi'. Nähä, men vem gör det då? 'Det spelar ingen roll, det är ju någon annan som gör det. Det viktiga är att vi gör inte det.' Och så står man där och skyddar sina gränser och berättar vad man inte gör. Så tappar man bort vad det är man ska göra (Representanterna från det mobila teamet).

Organisationers ansvar betonas även inom forskningsområdet. Palmstierna (2004) menar att samsjuka personer ofta är aktuella inom både socialtjänsten, missbruksvården och psykiatrin

men att det finns dock strukturella samverkansproblem som hindrar de olika organisationerna att tillsammans tillgodose klienternas behov. För att den samsjuka klienten ska få alla sina behov tillgodosedda så bör de specialiserade verksamheterna samordnas inom en och samma organisation. För personer med samsjuklighet som har behov av kontakt med flera organisationer ökar svårigheterna ju fler aktörer som är inblandade. Det är vanligt att det blir svårigheter då det är för många aktörer inblandade som har olika grundsyn, förutsättningar, värderingar, resurser, mandat och inte kan enas om en gemensam plan. Palmstierna (ibid.) menar att anledningen till att klienter bollas mellan exempelvis psykiatri och missbruksvården antagligen beror på att båda organisationerna har brist på platser och tvingas ta diagnostiska beslut under tidspress för att sedan länka klienterna till en annan organisation. Denna process leder till att socialtjänsten upplever att organisationerna bollar klienterna mellan sig. De strukturella organisationsproblemen handlar ofta om vem som ansvarar för vad.

Även Gefvert, Sundberg och Wiberg (2005) menar att samsjuka klienter ofta hamnar i gråzonen mellan psykiatri och missbruksvården. De menar att missbruksvården vill att den psykiska sjukdomen ska behandlas först innan vården för missbruket kan påbörjas medan psykiatri vill att missbruksproblematiken måste tas om hand innan behandlingen för den psykiska sjukdomen kan ske. Ibland kan behandling från båda aktörerna ske samtidigt utan de olika aktörerna samverkar vilket då ofta medför att klienten avbryter en eller båda behandlingarna.

Socialstyrelsen (2004) skriver att ansvarsfördelningen mellan organisationer måste förtydligas. De menar att olika aktörer fortfarande trots psykiatireformen samt dess uppföljning för diskussioner gällande vilken problematik som ska åtgärdas först. En organisatoriskt beslutad samverkan kan underlätta samverkansarbetet vilket kommer att leda till att klienten får ett professionellt nätverk vilket i sin tur kan leda till bättre livskvalitet för klienten.

4.3.4 Diskussion kring organisationernas ansvar

Det politiska perspektivet beskriver processen att fatta beslut och fördela resurser i ett sammanhang som utmärks av begränsade resurser och motstridiga intressen. Huvudsakligen handlar viktiga beslut om vem som får vad. Konflikter har en central plats i organisationsdynamiken, vilket kan bero på knappa resurser och bestående skillnader mellan organisationerna (Bolman & Deal, 2005). En återkommande tanke hos intervjupersonerna är

att andra organisationer väntar på att någon annan ska göra någonting först för de samsjuka klienterna. Det ligger ett fokus på vad andra aktörer borde göra i stället för vad man själv faktiskt kan göra. Vi tänker att begränsade resurser kan vara en orsak till att dessa tankegångar finns. Man vet vad den egna organisationen har resurser till och vilket uppdrag man har och förväntar sig därför att någon annan organisation tar vid och fångar upp klienten. Vi tänker att detta är grunden till att tanken om att någon annan har ansvaret och borde göra någonting för den samsjuka klienten. Detta kan liknas vid en intressekonflikt mellan de politiska arenorna (Bolman & Deal, 2005). Fem av åtta intervjupersoner säger att samsjuka klienter bollas mellan olika organisationer, vilket vi tänker kan vara ett resultat av dessa intressekonflikter.

4.3.5 Svårigheter med samverkan

Representanten från specialistmottagningen menar att samverkan mellan olika aktörer alltid kan bli bättre. Representanten menar att samverkan är lätt att stava till men svårt att utföra. Representanterna från det mobila teamet säger att även om de har ett uppdrag att försöka få samverkan mellan olika organisationer att fungera tycker de dock att det är svårt att få samarbetet att flyta, att samarbetet istället borde vara ett tvång från högre nivåer. Socialsekreterare Y menar att det är svårt att starta en process för de samsjuka klienterna om inte huvudmännen samarbetar. Även socialsekreterare Z menar att samarbetet mellan socialtjänsten och psykiatrin måste förbättras.

Representanten från specialistmottagningen menar att eftersom socialtjänstlagen är en ramlag gör varje socialkontor en egen tolkning av lagstiftningen vilket kan skapa problem. I flera fall har specialistmottagningens klienter blivit diskriminerade på grund av olika lagtolkningar menar representanten. Representanten från specialistmottagningen menar att det inte räcker med riktlinjer utan att tillämpningen av socialtjänstlagen måste förändras. Om man inte vet hur man ska tillämpa lagen, och har en gemensam policy, spelar riktlinjerna ingen roll. Även socialsekreterare Y säger att det finns olika kulturer på olika socialkontor hur man jobbar och det mobila teamet menar att det är svårt att ifrågasätta socialkontors arbetssätt då det ibland kan verka finnas någon sorts tradition hur man gör på just det socialkontoret.

Representanten från specialistmottagningen tar upp kunskapsbrist som en stor faktor till varför det finns svårigheter i samarbetet mellan olika verksamheter. För att arbeta med missbruk runt en klient med psykisk ohälsa måste man få ett bra samarbete mellan missbruksvård, socialtjänst och psykiatri. För att det ska fungera och att personen ska kunna

tillgodogöra sig insatser så menar representanten att man bör ha mer kunskap. Representanten menar att ett stort fel i Sverige att vi inte tar till oss kunskap utan vill att någon annan ska göra någonting först. Representanten menar att resurserna och utbudet finns men att det istället handlar om att respektera varandras kunskaper och ta till sig dem så att verksamheterna kan arbeta tillsammans:

Det gäller båda sidorna. Psykiatrin måste öppna ögonen för missbruket och förstå de mekanismerna och andra sidan socialtjänsten måste öppna sina ögon och inse att personer som lider av psykisk ohälsa har stora funktionshinder, vilket gör att man måste verkligen matcha in insatser mot vad de klarar av för att inte servera misslyckanden (Representanten från specialistmottagningen).

Av de fyra socialsekreterarna vi intervjuade hade två, socialsekreterare Y och X, fått någon form av fortbildning gällande samsjuklighet. Y menar dock att socialsekreterare inte behöver vara några specialister på samsjuklighet. Så länge de kan känna igen det, förstå de funktionsnedsättningarna samsjuka klienter har och hur de påverkar dem och deras omgivning så kan de arbeta med de här klienterna. Även personalen på specialistmottagningen har utbildning gällande samsjuklighet och uppdaterar sig regelbundet. Socialsekreterare Z, representanterna från stödboendet samt det mobila teamet betonar att fortbildning kring dessa klienter hade varit bra. Socialsekreterare Å samt representanterna från Fontänhuset känner inget behov av fortbildning gällande samsjuklighet. Socialsekreteraren menar att det socialkontoret kommer i kontakt med så få samsjuka klienter. Representanterna från Fontänhuset menar att fortbildning kan vara positivt men att det också kan bli det motsatta för deras verksamhet eftersom de enbart arbetar med det friska.

Som intervjupersonerna tar upp menar även Palmstierna (2004) att samverkan mellan olika organisationer har visat sig vara betydligt svårare att genomföra i praktiken än i teorin. Han skriver också att det är viktigt att som samverkanspartners ha personliga förtroendefulla relationer redan innan en klient blir aktuell för att inte klientens beteende ska misstolkas. Palmstierna (ibid.) skriver att organisationerna riskerar att bli påverkade av den psykiskt störda missbrukarens störningar utan att förstå vad som sker. Detta beror ofta på myndigheters, behandlares och organisationers okunskap kring hur samsjukas störningar påverkar sin omgivning. Saknar man kunskapen kring att dessa klienter kanske inte kan relatera och reagera situationsadekvat kan det vara svårt att urskilja vad i klientens beteende, berättelser och reaktioner som är relevanta eller tillhör störningen. Då riskerar man som

exempelvis behandlare att felbedöma sin egen och samverkanspartnerns roller och ageranden då det tolkas utifrån den psykiskt stördes tolkning av detta. Palmstierna (ibid.) menar att det behövs i varje organisation en grundläggande kunskap om hur samsjuka påverkar sin omgivning. Han menar att alla aktörer som involveras kring en samsjuk klient behöver ha en påbyggnad av sin grundkompetens och att det därmed finns ett stort behov av vidareutbildning inom både psykiatri, socialtjänsten och frivilligorganisationer. Han menar att det är viktigt att öka kunskapen kring hur insatser ska organiseras för att de olika aktörerna ska kunna ge ett bra resultat.

En intressant synvinkel på samverkan som vi kan koppla till det intervjupersonerna säger är det Svensson, Johnsson och Laanemets (2008) skriver. De menar att samverkan är ett sätt för en organisation att kunna använda sig av resurser som organisationen själv saknar men att organisationer ibland snarare vill samarbeta för att nå den andres resurser än att dela med sig av sina egna.

4.3.6 Diskussion kring svårigheter med samverkan

För en lyckad samarbetsform krävs att yrkesgrupperna är medvetna om varför de ska samarbeta, ha uppnåeliga mål, samt en möjlighet att se resultatet av samarbete. Trots att olika organisationer är positiva till samarbete, tenderar avsikterna med samarbetet, dess mål och innehåll, att förbli outtalade eller tolkas olika. Förvirring och oklarheter om vad som ska åstadkommas kan uppstå. Dessa oklarheter kan vara avgörande för om svårigheter i samarbetet uppstår eller ej (Boklund, 1995). Representanterna från specialistmottagningen och det mobila teamet samt socialsekreterare Y betonar att det finns brister i samverkan mellan organisationerna som kommer i kontakt med samsjuka klienter. Vi tänker att en anledning till den bristande samverkan kan vara, som representanterna från specialistmottagningen, det mobila teamet och socialsekreterare Y framhåller att olika socialkontor gör egna tolkningar och har olika arbetssätt. Detta kan skapa problem och oklarheter kring vad målet med samverkan är. Här kan vi koppla till Bolman och Deals (2005) tankar om politiska arenor där de arenornas olika värderingar och åsikter kan resultera i motstridiga mål som oundvikligt leder till konflikter.

Enligt Boklund (1995) ska olika yrkesgrupper komplettera varandra och bidra till ett helhetsperspektiv vad gäller klienten. De olika yrkesgrupperna kan dock ha olika behov eller intressen av varandras kompetenser därför kan det vara svårt att nå en helhetssyn genom endast samverkan. Något som vi tror kan försvåra denna helhetssyn är kunskapsbrist som

representanten från specialistmottagningen tog upp som en central del i samverkan. Representanten menar att resurserna för att hjälpa klienterna finns men att det handlar om att respektera varandras kunskaper och ta till sig dem så att verksamheterna kan arbeta tillsammans. Representanten från specialistmottagningen samt socialsekreterare Y och X var de enda av intervjupersonerna som fått fortbildning angående samsjuka klienter. Representanterna från Fontänhuset, socialsekreterare Å och Y anser inte alls att det för dem är nödvändigt med fortbildning kring samsjuka klienter. De övriga intervjupersonerna anser att fortbildning kring samsjuka är bra eller önskar denna form av fortbildning. Vi frågar oss hur de olika organisationerna ska kunna komplettera varandra och skapa ett helhetsperspektiv om de ej tar till sig varandras kunskap? Vi frågar oss också hur en helhetssyn ska kunna uppnås om inte alla organisationerna söker ny kunskap?

5. Slutsats

Genom empirin har vi fått fram att det kan finnas många bidragande faktorer till att det finns svårigheter i att hjälpa personer med samsjuklighet. Insatser för dessa klienter är inget som intervjupersonerna anser vara den största faktorn till svårigheter. Fler specialistmottagningar för dessa klienter för att undvika att klienten bollas runt mellan psykiatri och missbruksvård efterfrågas dock. Den insats som intervjupersonerna annars främst saknar är lågtröskelboenden som tillåter att de boende är drogpåverkade. Dock framhåller de flesta intervjupersonerna riskerna med insatser som tillåter ett aktivt missbruk då detta kan hämma klientens motivation till förändring.

Klientens egen inställning och motivation till förändring är någonting som intervjupersonerna tar upp som en bidragande faktor till om klienterna kan tillgodose sig behandling eller andra insatser. Ett återkommande tema är att klienterna har ett eget ansvar i att förändra sin livssituation. Många av intervjupersonerna betonar att samsjuka klienter är en svår klientgrupp som kräver mycket tålamod från dem och att de får fler chanser än andra klienter.

Vad gäller samverkan kring samsjuka klienter anser majoriteten av intervjupersonerna att den absolut kan bli bättre. Särskilt en förbättrad samverkan mellan socialtjänst och psykiatri anses viktig. De nämner att samverkan är nödvändig för att arbetet kring samsjuka klienter över huvudtaget ska fungera men att samverkan kan försvåras om klienten själv inte samtycker till det. Det är viktigt att det bildas ett nätverk kring dessa klienter. Någon form av länkning mellan organisationerna finns. Vidare nämner majoriteten att samsjuka klienter riskerar att bollas mellan olika verksamheter på grund av att de olika vårdorganisationerna är oense om

vilken diagnos som först ska behandlas. Det anses att många organisationer är väldigt medvetna om vad de inte ska göra och fokuserar på det snarare än på vad de faktiskt kan göra för de samsjuka klienterna. Organisationer kring samsjuka klienter väntar på att någon annan ska ta ansvar för dem och ta första steget i att hjälpa dem.

När samverkan kring samsjuka klienter ej fungerar anser intervjupersonerna att detta kan bidra till att dessa klienter faller mellan stolarna. Klienterna bollas mellan olika organisationer då de själva är oförmögna att samordna alla organisationer kring sig. En obefintlig samverkan kring dessa klienter anses försvåra möjligheterna att hjälpa dem.

6. Slutdiskussion

Genomgående i vårt arbete tycker vi oss ha sett likheter mellan det intervjupersonerna säger och Palmstierna (2004). Vi tänker att detta beror på att Palmstierna (ibid.) innan gjort en liknande undersökning och därmed kommit fram till liknande resultat. Vi har också kunnat använda oss mycket av Gefvert, Sundberg och Wiberg (2005) då de framhåller många liknelser med våra intervjupersoners tankar kring samsjuklighet. Det våra intervjupersoner sagt i kombination med dessa författare (Palmstierna, 2004; Gefvert, Sundberg & Wiberg, 2005), samt teorierna har underlättat för oss att få en bild av hur problematiken kring samsjuklighet ser ut.

Vår intervjuundersökning har lett oss till slutsatsen att samsjuka klienter i det svenska systemet måste behandlas med en integrerad behandling. Trots detta har det i vår empiriska data kommit fram att personer med samsjuklighet fortfarande bollas mellan olika organisationer, vanligtvis mellan psykiatrin och missbruksvården. Det förekommer fortfarande diskussioner om vilken problematik som är den dominanta för att avgöra vilken vårdorganisation som ska ta sig an klienten. Vi frågar oss varför denna diskussion fortfarande pågår? Vi tänker att specialistmottagningar är betydelsefulla för denna klientgrupp för att klienten ska slippa ha kontakt med för många aktörer samtidigt. Däremot bör inte specialistmottagningarna vara för specialiserade då en del samsjuka klientgrupper riskerar att bli utestängda från denna typ av organisation. Det finns ett behov av lågtröskelboenden vilka är viktiga för att samsjuka personer ska få en chans till hjälp. Genom att samsjuka personer tillåts vara påverkade till en början och det inte ställs direkta krav på drogfrihet kan dessa personer hjälpas till motivering för förändring. Vi tänker att detta är en bra avsats för den psykiskt sjuke missbrukaren att lära sig att vilja förändra sin situation. Det förutsätter dock att

det på lågtröskelboenden finns resurser till att jobba med de boendes motivation. För att förändring ska vara möjlig krävs också att dessa boenden ej blir permanenta. I empirin har det framkommit att klientens eget ansvar och motivation till förändring spelar en stor roll i svårigheterna med att hjälpa dessa klienter.

Vi håller med det Boklund (1995) skriver om att samverkan i sin bästa form är då olika yrkesgrupper kompletterar varandra och tillför sina specifika resurser, kompetenser och kunskap för att en uppgift ska kunna genomföras gemensamt. Den helhetssyn som fås genom att varje yrkesgrupp bidrar med sitt perspektiv tänker vi kan jämföras med hur den specialistmottagning vi intervjuat är utformad. Där olika yrkesgrupper samlas runt klienten i stället för att klienten ska springa runt till olika organisationer har vi genom empirin uppfattat är det bästa för samsjuka klienter.

Organisationerna som kommer i kontakt med samsjuka personer kan jämföras med politiska arenor. Vi tänker att exempelvis socialtjänsten är en arena, missbruksvården en arena och psykiatrin en arena. Som intervjupersonerna nämnt om samverkan kring samsjuka klienter är de olika organisationerna väldigt duktiga på att veta vilket ansvar de inte har och vad de ej ska göra. Vi tänker att de olika organisationernas intressen är att hjälpa klienterna, men att knappa resurser och motstridiga intressen ändå försvårar samverkan. Om inte de olika aktörerna samarbetar för att ge klienten de insatser som behövs för att tillgodose klientens behov blir de alla drabbade. Vad vi lyckats utröna i empirin nämner inte intervjupersonerna att det finns några större konflikter dem emellan. Dock anser vi att deras uttalanden om att andra organisationer skulle kunna göra mer, förbättra samverkan, är duktiga på att veta vad de ej ska göra och så vidare kan ses som en form av konflikt (Bolman & Deal, 2005). Det verkar hela tiden pågå en strid om resurser och en tanke om att deras egen organisation gör allt de kan för de samsjuka klienterna men att andra kan göra mer.

Vi tänker slutligen att klienten själv måste ha en vilja att förändra sin situation då det är omöjligt att hjälpa en person som inte själv vill bli hjälpt. Vi har också uppfattat samverkan mellan olika organisationer som en avgörande faktor för att arbetet med dessa klienter ska fungera. Vi vill framhålla vikten av att alla organisationer tar sitt ansvar för samverkan. Vi anser inte att det hjälper den samsjuka klienten att alla organisationer väntar på att någon annan ska göra någonting först utan de måste själva agera.

6. Källförteckning

Aspers, Patrik (2007) *Etnografiska metoder. Att förstå och förklara samtiden*. Malmö: Liber AB

Blom, Björn, Morén, Stefan & Nygren, Lennart (2006) ”Kunskap i socialt arbete”. I Björn Blom, Stefan Morén & Lennart Nygren: *Kunskap i socialt arbete. Om villkor, processer och användning*. Stockholm: Natur & Kultur

Boklund, Ann (1995). *Olikheter som berikar? – möjligheter och hinder i samarbetet mellan socialtjänstens äldre- och handikappsomsorg, barnomsorg samt individ- och familjeomsorg*. Stockholm: Socialhögskolan.

Bolman, Lee G. & Deal, Terrence E. (2005) ”*Nya perspektiv på organisation och ledarskap*” Lund: Studentlitteratur.

Daley, Dennis C. (1998) ”Strategier för att öka dubbeldiagnos- patienternas förmåga att följa behandlingen”. I Arne Gerdner & Örjan Sundin (red): *Dubbel Trubbel- Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*. Örebro: Behandlingshemmet Runnagården.

Drake, Robert E., Mercer-McFadden, Carolyn, Meuser, T. Kim, McHugo, Gregory J & Bond, Gary R. (2005) ”Integrerad behandling av psykisk sjukdom och missbruk hos patienter med dubbeldiagnos. En forskningsöversikt”. I Kim T. Meuser m.fl: *Dubbel Diagnos. Allvarlig psykisk sjukdom*. Karlskrona: Ett helt liv förlag.

Fontänhuset (2009) ”Verksamhet” (elektronisk), *Fontänhusets hemsida* <<http://www.fontanhuset.se/page.php?id=1>> (2009-12-16).

Gefvert, Ola, Sundberg, Leif & Wiberg, Daniel (2005), ”Integrerad behandling av patienter med dubbla psykiatriska diagnoser. Spindeln i Västerås: resultat och metoder”. I Kim T. Meuser m fl: *Dubbel Diagnos- allvarlig psykisk sjukdom och missbruk*. Karlskrona: Ett helt liv förlag.

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

Johansson, Katarina & Wirbing, Peter (2005) *Riskbruk och missbruk. Alkohol, läkemedel, narkotika*. Stockholm: Natur & Kultur

Lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor

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

Nationell psykiatrisamordning & Socialstyrelsen (2007) *Hur kan vi hjälpas åt? Om samverkan och utvecklingsarbete bland verksamheter som arbetar med personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk sjukdom och missbruk. Slutrapport från projekt KPM, oktober 2007*. Göteborg: Nationell psykiatrisamordning & Socialstyrelsen

Palmstierna, Tom (2004) *Fokusrapport. Behandling av personer med komplexa vårdbehov p g a psykisk störning och missbruk*. Stockholm: Beställarkontor vård, Stockholms läns landsting

Repstad, Pål (1999) *Närhet och distans. Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur

Socialstyrelsen (1999) *Psykiatriuppföljningen 1999:1. Personer med psykisk störning och missbruk*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2004) *Förbättringsprocessen hos personer med svår psykisk störning och missbruksproblem. En långtidsuppföljning av Socialstyrelsens försöksverksamheter i samband med psykiatireformen*. Stockholm: Socialstyrelsen

Svensson, Kerstin, Johnsson, Eva & Laanemets, Leili (2008) *Handlingsutrymme. Utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur

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

7. Bilagor

7.1 Bilaga 1 – Intervjubrev



2009-11-06

Hej!

Vi är två socionomstudenter från Socialhögskolan vid Lunds universitet. Det är nu dags för oss att skriva vår c-uppsats och vi vill inrikta oss på ämnet *samsjuklighet*. Vår tanke är undersöka hur handläggningen gällande personer med samsjuklighet går till. För att koppla vårt arbete till fältet vill vi intervjua socialsekreterare som handlägger personer med denna typ av problematik.

Vi kommer att utföra våra intervjuer mellan vecka 46-47. Vi räknar med att intervjun kommer att ta max 1 timme. Intervjupersonen kommer att avpersonifieras i arbetet och kommer, när arbetet är färdigt, ha möjlighet att läsa det fullständiga resultatet.

Om du kan ställa upp på en intervju vill vi att du kontaktar oss, se kontaktuppgifter nedan, så fort ni kan i början på nästa vecka (v.46). Vi är tacksamma om du hör av dig innan om du redan nu vet att du eller någon annan socialsekreterare från din arbetsplats ej kan medverka, eller om du har några frågor:

Kontaktuppgifter:

Tfn: Evelinn: [REDACTED], Malin: [REDACTED]

Mail: [REDACTED], [REDACTED]

Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar

Evelinn Hallgren & Malin Jonasson

Socialhögskolan, Lunds universitet

7.2 Bilaga 2 – Sammanfattad intervjuguide

1. Hur ser er verksamhet ut?
2. Hur många klienter med samsjuklighet kommer ni i kontakt med?
3. Hur kommer ni i kontakt med dessa klienter? Vilket är vanligast?
4. Vilken är den största gruppen med samsjuklighet?
5. Hur ser er kontakt ut med den samsjuka klienten?
6. Hur länge har ni kontakt med klienten?
7. Har ni fortsatt kontakt med klienten efter de varit hos er?
8. Hur ser en lyckad kontakt ut? Vad kan det bero på?
9. Hur ser en icke lyckad kontakt ut? Vad kan det bero på?
10. Vad har du för tankar kring lågtröskelinsatser?
11. Anser du att det finns tillräckligt med insatser?
12. Om inte, vad saknas? Vilka fungerar bra?
13. Är det en balans mellan belastning och insatser/resurser?
14. Hur ser samverkan ut mellan er och andra organisationer?
15. Finns det samsjuka klienter som är svårare än de andra att hjälpa enligt dig?
16. Finns det någon samsjuk grupp ni ej kan ha kontakt med? Hur gör ni då?
17. Hur ser fortbildningen ut för er som handlägger dessa klienter?