

# Dubbel-trubbel

-Svårigheter i arbetet med dubbeldiagnosklienter

Andrijana Todorovic  
Annika Nilsson

---

Socialhögskolan vid Lunds Universitet  
Sopa63C  
Vt-10



Handledare: Anders Lundberg

## **ABSTRACT**

Authors: Annika Nilsson and Andrijana Todorovic

Title: Double-Trouble – Difficulties in the work with co-morbidity clients [translated title]

Supervisor: Anders Lundberg

Assessor: Åsa Lundqvist

The purpose of this study was to examine how individuals with co-morbidity are being addressed within social care. Recently, this particular group has been increasingly attracting attention as being a group of people who do not always receive appropriate help and they are sometimes viewed as hopeless cases. The study was based on interviews with seven professional workers who deal with clients with co-morbidity, and the questions were focused on the following issues: Are attitudes towards an individual with co-morbidity different from an individual with a single problem; What problems or difficulties may arise in the encounter between a professional and an individual with co-morbidity, and how are they handled; What problems may arise in the cooperation between Social services and Psychiatry? To analyze our empirical data we used The Structural Perspective of Bolman and Deal, and Payne's theoretical concept of The Triangle which describes three different approaches to social work, which are pictured as a triangle with one perspective in each corner; Therapeutic, Social order and Transformational. We used this Triangle by placing our interviewees in it in order to show which approach they follow and how this is reflected in the meetings with co-morbidity clients. We found that some of the difficulties in the work with these individuals are that the professional workers do not always know how to deal with them, and also that it is often unclear who is responsible for their well-being. The main conclusion we reached was that Social service and Psychiatry need to coordinate and integrate their work in a more effective way, which we believe would lead to a better attitude towards their clients.

**Key words:** dual diagnosis, co-morbidity, drug addiction, psychiatric disorders, health problems

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1. INLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1 Problemformulering.....	1
1.2 Syfte.....	2
1.3 Frågeställning.....	2
<b>2. METOD.....</b>	<b>2</b>
2.1 Metodval.....	2
2.2 Urval.....	3
2.3 Tillvägagångssätt.....	4
2.4 Bearbetning av empiri.....	4
2.5 Resultatets tillförlitlighet.....	5
2.6 Etiska överväganden.....	5
<b>3. BAKGRUND.....</b>	<b>6</b>
3.1 Lagutrymme.....	6
3.2 Definitioner.....	8
<b>4. TIDIGARE FORSKNING.....</b>	<b>10</b>
4.1 Integrerad kontra separat behandling.....	10
4.2 Krav på samarbete.....	12
<b>5. TEORETISKT RAMVERK.....</b>	<b>13</b>
5.1 Professionellt förhållningssätt.....	13
5.1.1 Triangeln.....	13
5.2 Det strukturella perspektivet.....	14
<b>6. ANALYS.....</b>	<b>16</b>
6.1 Hopplös grupp.....	16
6.2 Handlingsutrymme.....	20
6.3 Bemötande.....	22
6.4 Integrerad och separat behandling.....	27
6.5 Vem har huvudansvaret?.....	29
6.6 Var i Triangeln befinner sig de professionella?.....	31
<b>7. SAMMANFATTANDE DISKUSSION.....</b>	<b>32</b>
7.1 Skillnader i bemötandet.....	33
7.1.1 Hur placeringen i Triangeln återspeglas i mötet.....	33
7.2 Problemhantering.....	34
7.3 Samarbetssvårigheter.....	35

<b>8. REFERENSER.....</b>	<b>37</b>
<b>BILAGA 1.....</b>	<b>39</b>
<b>BILAGA 2.....</b>	<b>40</b>

# 1 Inledning

## 1.1 Problemformulering

Enligt Socialstyrelsen så finns det ett klart samband mellan psykisk ohälsa och missbruk, så kallad dubbeldiagnos eller samsjuklighet. Det har visat sig att individer som har en psykisk ohälsa löper större risk att utveckla ett missbruk än de som inte har det, och det kan även gå åt andra hållet; dvs. att missbruket triggar igång den psykiska ohälsan. På senare år har problematiken hos dessa individer alltmer uppmärksammas, och de påträffas oftast inom hälso- och sjukvården, missbruks- och beroendevården samt psykiatrin. Vissa uppmärksammas även inom kriminalvården och rättspsykiatrin. Av dem som söker för psykiatriska problem så har ca en femtedel även ett pågående missbruk. Personer med dubbeldiagnos är en mycket heterogen grupp, bakgrunden och problembilden varierar i både grad och utveckling. Vissa individer har en svår psykisk störning tillsammans med en lägre nivå av missbruk, medan andra har ett tungt missbruk med en mindre allvarlig psykisk störning (*Socialstyrelsen 2010-03-17*).

Ofta upplevs det att individer med dubbeldiagnos har svårigheter med att få sina sociala och vårdrelaterade behov tillgodosedda, vilket i sin tur leder till att de far ännu mer illa. De måste handskas med två allvarliga problem samtidigt, vilket gör dem till en mer utsatt grupp än de individer som antingen har ett missbruk *eller* psykisk ohälsa. Det finns olika uppfattningar om vad som menas med missbruk och beroende. Missbruksbegreppet innefattar, förutom alkohol och droger, även flera andra olika former av missbruk så som spel-, mat- och sexmissbruk. Då utrymmet inte finns att skriva om alla, har vi valt att avgränsa oss till alkohol och narkotika och det är därmed dessa vi menar framöver då vi använder oss av begreppet missbruk.

Denna uppsats kommer att fokusera på de professionellas förhållningssätt gentemot individer med dubbeldiagnos. Dubbeldiagnosklienter ses som en svårbehandlad grupp och många forskare har till och med pekats ut dem som hopplösa fall (Goldberg, 2000, s.11).

Bemötandet gentemot klienten är viktigt i socialt arbete, och handlar om vilken grundinställning och attityd man som professionell har inför klienter eller olika kategorier av klienter (Blennberger, 2006, s.228). Blennberger skriver vidare att bemötandet alltid bör utmärkas av respekt och vänlighet, men att även jämlikhet bör finnas med som ett nyckelord inom ett gott bemötande. Detta kan dock vara svårt att få till då relationen mellan professionell och klient är påtagligt asymmetrisk, men att det då är särskilt viktigt att man

som hjälpare förhåller sig till den andre som en likvärdig person. Bemötandet kan ha stor betydelse för individens livskänsla (Blennberger, 2006, s.228-229), och det är därmed viktigt att skapa en bra kontakt och bygga upp en relation för att kunna finnas där som stöd och hjälp.

## **1.2 Syfte**

Syftet med vår uppsats är att via intervjuer med de professionella som jobbar med individer med dubbeldiagnos undersöka hur dessa bemöts inom social omsorg.

## **1.3 Frågeställning**

- Skiljer sig bemötandet av en individ med dubbeldiagnos jämfört med en individ med enkel problematik?
- Vilka problem eller svårigheter kan uppstå i mötet mellan professionell och individ med dubbeldiagnos, och hur hanteras dessa?
- Vilka problem uppstår i samarbetet mellan socialtjänsten och psykiatrin?

# **2 Metod**

## **2.1 Metodval**

I uppsatsen används kvalitativ metod eftersom vi anser att den tjänar vårt syfte och frågeställning bäst. Ordet ”kvalitativ” innebär kvalitet, vilket handlar om karaktär och egenskaper hos ett visst fenomen (Repstad, 1999, s.9). Kvalitativ metod innebär också att man går på djupet istället för på bredden och har förmågan att ge helhetliga och nyanserade skildringar av det karakteristiska hos de aktuella sociala fenomenen (Repstad, 1999, s.10; 2005 s.24)

Då vi intervjuat olika delar av fältet har vi utgått från en intervjumall med semistrukturerat innehåll som gett möjlighet till att ställa något olika frågor till de olika aktörerna samt att fördjupa svaren och gå in i en dialog med den som intervjuas, vilket vi sett som givande (May, 2001, s.150). Vi har ställt något olika följdfrågor till de olika aktörerna, och därför kände vi att denna intervjuform passade bättre än exempelvis strukturerade intervjuer, som mer liknar en surveyundersökning (ibid. s.149). Aspens (2007, s.137) beskriver semistrukturerade intervjuer på liknande sätt, och säger att forskaren har ett antal tydligt angivna frågor som hon läser upp för personen hon intervjuar, och sedan kan följa upp svaren

med ytterligare frågor. En begränsning är dock just att intervjuaren utgår från sina frågor och intervjupersonen har därmed ett begränsat utrymme för att föra fram sitt perspektiv.

Fördelar med en kvalitativ undersökning i form av intervjuer är bland annat att bortfallet vanligtvis blir mindre än vid en kvantitativ studie, samt att frågor som inte förstås kan förklaras lite närmre och missförstånd kan undvikas (Halvorsen, 1992, s.89). Halvorsen skriver vidare som fördel med kvalitativa studier att man som intervjuare kan övertala intervjupersonerna om de är tveksamma till att medverka i studien (ibid.). Vi ställer oss däremot lite kritiska till detta då vi känner att det inte är etiskt försvarbart att övertala intervjupersonen på något sätt.

Ytterligare en fördel med kvalitativa studier är att intervjupersonen inte har kännedom om vilka frågor som kommer näst, som exempelvis vid en enkätundersökning, och svar på tidigare frågor är därmed inte påverkade av senare frågor (ibid.).

## **2.2 Urval**

Vårt fokus har varit på de professionellas förhållningssätt och syn på individer med dubbeldiagnos, och våra intervjuer har därför varit riktade mot de som finns runt omkring och arbetar med dessa individer. Vi har intervjuat två socialsekreterare där den ena är mer inriktad på missbruk och den andre på socialpsykiatri, en behandlingsassistent på ett behandlingshem för dubbeldiagnos, en föreståndare för ytterligare ett behandlingshem för dubbeldiagnos, en läkare inom psykiatri och två representanter för två olika brukarorganisationer.

Vi valde att intervjua dessa yrkesgrupper just för att de har fältkunskaper om dessa individer och för att vi tyckte att de har tillgång till informationen vi söker.

Vad gäller urvalet av intervjupersoner skedde detta delvis slumpmässigt, genom att vi ringde runt för att höra om det fanns intresse av att ställa upp. De vi fick tag på och de som var villiga att ställa upp är helt enkelt de som ingår i vår undersökning. Vårt enda kriterium för urvalet var att vederbörande skulle arbeta och ha kontakt med individer med dubbeldiagnos. Vi är medvetna om att detta har styrt urvalet i vår undersökning.

De professionella som vi intervjuat kommer från tre olika mellanstora kommuner i Sverige. Anledningen till att vi intervjuade professionella i olika kommuner beror delvis på att det var i dessa kommuner vi fick tillgång till intervjupersoner men också för att vi försökte sprida intervjuerna något geografiskt. Vi ansåg att det var intressant att få ta del av de professionellas upplevelser i olika kommuner, då detta ger undersökningen ett bredare perspektiv.

### **2.3 Tillvägagångssätt**

Vi har använt oss av semistrukturerade intervjuer, där vi träffat fem personer samt genomfört två stycken telefonintervjuer, då dessa personer inte hade möjlighet att träffa oss på grund av tidsbrist. Telefonintervjuerna varade runt 40 min var, och spelades inte in på band utan vi antecknade på dator under hela intervjun för att sedan renskriva mer ordentligt direkt efteråt. Även om det skulle ha varit något lättare att bearbeta materialet efteråt om vi spelat in intervjuerna, tycker vi att vi fått utförliga svar och att intervjuerna gick bra. Dock har vi spelat in intervjuerna där vi träffat intervjupersonerna, som varade runt en timme, och sedan transkriberat dem inför analysarbetet.

För att ge den intervjuade mer möjlighet att uttrycka sig och fritt formulera sina svar, har vi använt oss av öppna, eller ”icke föreskrivande” frågor, som May (2001, s.157) uttrycker det. Även om vi har utgått från en intervjuguide (se bilaga 2) har vi gett utrymme för en öppen diskussion runt det som de professionella tyckte var viktigt att lyfta fram.

Aspers (2007, s.135) skriver att det är näst intill omöjligt att undvika en maktobalans mellan intervjuaren och den som blir intervjuad, men att man som intervjuare bör reflektera över och försöka utjämna obalansen som uppstår. Maktobalansen skapar en otrevlig och ogynnsam situation och intervjuaren bör istället försöka ge makt åt den intervjuade för att denna ska känna sig mer respekterad och uppskattad, vilket i sin tur leder till att den intervjuade känner ett starkare engagemang för att delta i undersökningen (ibid., May, 2001 s. 158). May (2001, s.157) poängterar att samarbetet mellan de två parterna är viktigt för att hela forskningsprocessen ska bli lyckad, i vårt fall uppsatsen. Vi har försökt att tänka på maktobalansen genom att visa vårt intresse för deras kunskap om ämnet samt ifrågasätta vad forskningen säger mot hur de upplever att det är i verkligheten.

### **2.4 Bearbetning av empiri**

Telefonintervjuerna har vi som vi redan nämnt inte spelat in, utan antecknat på dator under tiden vi pratade med intervjupersonen. De intervjuer där vi träffat intervjupersonen har vi däremot spelat in och sedan transkriberat. Vi har skrivit ut intervjuerna så noggrant som vi känner att det behövs, dvs. vi har inte tagit med pauser, skratt osv. För att göra dem lättare att läsa och bearbeta inför analysen, har vi ”snyggat till” språket något, dock inte så mycket att det ändrar något av innehållet.



Vi har sedan kodat vårt material i olika teman som vi valt att lyfta fram. Då vi har anonymiserat våra intervjupersoner, har vi valt att kalla dem Socialsekreterare 1 och 2, Behandlingsassistent, Föreståndare, Läkare samt brukarrepresentant 1 och 2.

## 2.5 Resultatets tillförlitlighet

När det kommer till metodens tillförlitlighet anser vi att den är förhållandevis god, men det finns en risk att intervjupersonerna inte svarat helt ärligt eller öppet då de kanske känt sig attackerade eller angripna av någon fråga vi ställt. Detta kan ha lett till att de gått i försvarsställning då de känner att de kanske inte har gjort tillräckligt för sina klienter, eller att de inte vet tillräckligt om deras problem och situation (Andersson & Swärd, 2008, s.246). Vi har varit medvetna om svårigheterna att tala med de professionella om deras klienter, och haft detta i åtanke under intervjuerna.

Något annat vi haft i åtanke då vi analyserat vår empiri, är effekten av den dubbla hermeneutiken. Enligt Andersson och Swärd (2008) använder de professionella, liksom forskare, teorier för att tolka eller förstå verkligheten. Då de möter individer i problematiska situationer ska de förstå och tolka denna, och om möjligt hitta vägar för att lösa den. Detta innebär att de ofta redan tolkat den situation som forskaren vill ha kunskap om, och att forskaren därmed måste förhålla sig till en tolkad kunskap, och då är det av särskilt vikt att tillämpa ett källkritiskt förhållningssätt. Det är även viktigt att ifrågasätta vad som tycks uppenbart då forskningen omvandlats till text, exempelvis utskrivna intervjuer, och ställa sig frågan om det finns alternativa sätt att se på verkligheten (ibid.)

Halvorsen (1992, s.89) tar upp en nackdel med intervjuer som han benämner *intervjuareffekten*. Denna innebär att intervjuarens personlighet och arbetssätt kan påverka resultatet av intervjun. Här finns en risk att intervjupersonen vill göra ett gott intryck och ger svar som den tror att intervjuaren vill höra, något vi varit uppmärksamma på.

## 2.6 Etiska överväganden

Ett etiskt övervägande vi gjort, är att intervjua professionella istället för individer med dubbeldiagnos, just för att de är i en utsatt situation och vi inte vill ställa till med mer problem för dem. Vi kommer även att vara försiktiga med att använda uttryck så som just utsatt eller utanför, då det kan verka stigmatiserande (Andersson & Swärd, 2008, s.242).

”Det är forskaren som har makten att benämna och kategorisera. Att använda en viss typ av begrepp på en grupp, kategori eller fenomen är ett ställningstagande med en rad komplikationer, inte minst av etisk natur, något som man måste diskutera och förhålla sig till som forskare.” (ibid.)

Vi är även medvetna om vår egen förförståelse, och hur den kan påverka våra intervjupersoner samt hur vi tolkar deras svar. Som forskare är man alltid påverkad av omvärldens syn på det aktuella problemet, och fastän man är medveten om det kan man aldrig förhålla sig neutral i sitt sätt att tänka och formulera sig (Andersson & Swärd, 2008, s.243). Faktorer så som socionomutbildningen i sig, att en av oss har gjort sin praktik på vuxenbasen, litteratur som vi tagit till oss samt tidigare intervjuer kan påverka hur vi resonerar kring personens svar. Hur vi formulerat våra intervjufrågor kan ha påverkat hur intervjupersonerna svarat, men vi har försökt att ställa öppna frågor och låta intervjupersonen tänka fritt.

Med tanke på att vi har intervjuat två brukarorganisationer så är vi även medvetna om deras förförståelse och att deras svar kan vara färgade av deras egna erfarenheter av problematiken vi berör.

Innan vi genomförde intervjuerna, för att etablera en kontakt och förbereda intervjupersonerna, skickade vi ut ett introduktionsbrev (se bilaga 1) där vi berättade vad som är vårt syfte med undersökningen. Alla har i vår uppsats blivit avidentifierade av etiska skäl, och vi har varit tydliga med att förklara vad vi tänker använda intervjumaterialet till och sedan har vi endast använt det så som vi sagt. Vi har även informerat dem om att de deltar frivilligt i vår undersökning, och ifall de vill dra sig ur även efter genomförd intervju, kommer vi att förstöra materialet.

## **3 Bakgrund**

### **3.1 Lagutrymme**

I arbetet med individer med dubbeldiagnos kommer man förutom Socialtjänstlagen även i kontakt med de lagar som rör missbruksvård och psykiatrin. Eftersom det i vår empiri förekommit diskussioner som rör betydelsen av olika lagar och hur de krockar med verkligheten, har vi valt att nämna dem lite kort här.

***Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL)*** trädde i kraft 1 januari 1982 och ersatte då de tidigare vårdlagarna – barnavårdslagen, nykterhetsvårdslagen och socialhjälpslagen – med en gemensam lagstiftning för hela vårdområdet. Genom att lämna denna uppdelning skulle verksamheten istället präglas av en helhetssyn där en enskilds eller grupps sociala situation och de problem som han eller gruppen upplever ses i förhållande till hela den sociala miljön (Norström & Thunved, 2008, s.31). Ett antal utredningar och propositioner har gjorts sedan SoL trädde i kraft 1982, men inte för att ompröva grundtankarna, utan för att förtydliga och följa samhällsutvecklingen. Exempelvis finns det idag ett stort behov av att utnyttja samhällets samlade resurser mer effektivt för att kunna tillgodose människors stödbehov på ett bättre sätt. Synsättet där individens problem och behov tolkas snävt utifrån endast den egna myndighetens perspektiv har länge präglat en stor del av den offentliga sektorn och är något som måste ändras. Socialtjänstutredningen lämnade fram sitt slutbetänkande i SOU 1999:97 Del A *Socialtjänst i förändring* som legat till grund för den nya socialtjänstlagen vilken antogs av regeringen den 1 januari 2001.

Socialtjänstens portalparagraf anger de övergripande målen och grundläggande värderingarna för samhällets socialtjänst; demokrati, jämlikhet, solidaritet och trygghet. SoL är en ramlag som bygger på dessa grunder. (Norström & Thunved, 2008, s.34-35).

***Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)*** trädde i kraft den 1 januari 1994, och är en rättighetslag för personer med svåra handikapp. LSS ersatte lagen om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl. (omsorgslagen) och lagen om elevhem för vissa rörelsehindrade m.fl. (elevhemslagen). LSS innehåller bestämmelser om särskilt stöd och service till följande grupper: Personer med utvecklingsstörning och personer med autism eller autismliknande tillstånd, personer med betydande och permanenta begåvningsmässiga funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder vilken orsakats av yttre våld eller kroppslig sjukdom samt personer med andra och varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder vilka inte beror på normalt åldrande och som orsakar betydande svårigheter i det dagliga livet. Kommunen är huvudmannen för samtliga former av stöd och service till dessa persongrupper, förutom då det kommer till rådgivning och annat personligt stöd som faller under landstingets ansvar (Norström & Thunved, 2008, s. 454-455).

***Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)***. SoL innehåller de centrala bestämmelserna inom det sociala vårdområdet, vilket även innefattar regler om socialtjänstens uppgifter inom missbruksvården. I 2kap. 2§ SoL framgår det att kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de är i behov av, och

dessa insatser ska så långt det är möjligt bygga på en frivillig grund. Samhället har ett ansvar att bereda individer den vård de behöver, och kan detta inte ske i den frivilliga form som SoL anvisar, ger LVM socialnämnden både en rätt och en skyldighet att gripa in till individens skydd. LVM kompletterar SoL, genom att reglera förutsättningarna för att avvika från den grundläggande frivillighetsprincipen i SoL. Vård som bereds enligt LVM har som mål att bryta en destruktiv utveckling, och grundtanken finns i att det är den enskildes behov av vård som skall vara avgörande. Vården skall verka motivationshöjande i förhållande till fortsatt behandling, och tvångsvården skall endast ses som en inledning i en behandling som kan leda till missbruksfrihet och en förbättrad livssituation. Så snart det finns förutsättningar för att fortsätta vården i frivillig form, ska tvånget upphöra (Norström & Thunved, 2008, s.390). Tvångsvård skall enligt 4§ LVM beslutas om någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma bort ifrån sitt missbruk, om vårdbehovet ej kan tillgodoses på annat sätt, och om individen till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig skada, löper uppenbar risk att förstöra sitt liv eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. En förutsättning för att beredas vård enligt LVM är att vårdbehovet ej kan tillgodoses med stöd av SoL eller på annat sätt.

*Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT)* finns under Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). LPT kan tillämpas då individen har en allvarlig psykisk störning och ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård samt motsätter sig annan, frivillig, vård. Dessa förutsättningar för tvångsvård enligt LPT redogörs för i 3§. Målet är detsamma som i LVM, att motivera till fortsatt vård och då det finns förutsättningar för detta i frivillig form skall tvånget upphöra.

### **3.2 Definitioner**

Begreppet *dubbeldiagnos* är ingen officiellt erkänd diagnos enligt de vanligaste diagnossystemen, men kan i en vid bemärkelse och allmänt uttryckas som ett samtida missbruk och psykisk störning (Svensson, 1999, s.20). Dubbeldiagnos kan även benämnas som samsjuklighet eller komorbiditet. Då vi sökt på det senare i *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (2001, s.2389) får vi fram att Feinstein 1970 myntade begreppet komorbiditet som innebär att en individ har två eller flera fysiska och/eller psykiska sjukdomar samtidigt.

Man skiljer mellan tre olika typer av dubbeldiagnoser; 1. en primär psykiatrisk störning med ett sekundärt missbruk, 2. ett primärt missbruk med sekundära psykiatriska symptom och 3. både ett primärt missbruk såväl som en primär psykisk störning, vare sig det ena eller det andra är sekundärt (Svensson, 1999, s.21). Vi har valt att inkludera alla tre typerna av dubbeldiagnos under begreppet då vi vill undersöka hur hela gruppens situation ser ut och hur de blir bemötta.

Definitioner av *missbruk och beroende* är inget klart fastställt utan något som hela tiden utvecklas och ändras med tiden (Johansson & Wirbing, 2005 s. 26). Det kan dessutom skilja sig mellan individers åsikter om vad som bör räknas som missbruk respektive beroende. Något som ständigt diskuteras är ifall missbruk skall ses som en följd av sjukdom eller en karaktärsegenskap. Inom Världshälsoorganisationen (WHO) definierar man alkohol- och drog- beroende som en sjukdom där substansen får en allt större roll i individens liv. Även Tolvstegsmodellen som idag är en framgångsrik behandlingsmetod anser att beroende är en sjukdom. Det skiljs mellan missbruk som är ett skadligt bruk, och beroende som är ett tillstånd. Beroende innebär att kroppen vänjer sig vid substansen, och är en allvarligare diagnos än missbruk därför att det är mer permanent än missbruket som kan variera i intensitet (ibid. s. 23-25).

Det finns även skillnad mellan att bruka och missbruka olika substanser åtminstone då det gäller lagliga medel. Samhället accepterar bruk av till exempel alkohol och läkemedel, men då det går från bruk till missbruk och individen anses överkonsumera, kan det ofta ses som ett dåligt karaktärsdrag. När det kommer till narkotika så finns det ingen gräns mellan bruk och missbruk, då allt icke-medicinskt bruk enligt lagen är olagligt (ibid). I narkotikastrafflagens (1968:64) 1§ redogörs att det är olagligt att överhuvudtaget inneha droger.

Vi har valt att definiera missbruk och beroende utifrån sjukdomsbegreppet på samma sätt som WHO och i den här uppsatsen vill vi fokusera på missbruk i samband med psykisk ohälsa och hur de ytterligare påverkar individens tillvaro.

Enligt Landstinget i Uppsala kan *psykisk ohälsa* beskrivas som subjektivt upplevda och självrapporterade besvär som har en psykisk karaktär, vilka inte behöver ha samband med en psykisk störning eller sjukdom (Landstinget i Uppsala Län, 2002, s19). Enligt Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH, 2008) vet vi inte säkert till skillnad från många fysiska sjukdomar varför vissa drabbas av psykisk ohälsa då det ofta inte går att visa på en tydlig orsak. Att tolka symptomen alltför snävt kan resultera i att förhållandet mellan diagnos och behandling blir oklart.

Definitioner som vi skriver nedan, är definitioner på ord och begrepp som vi valt att förtydliga då vi använder dem i vår uppsats. Definitionerna är så som vi ser på begreppen.

*Dubbeldiagnos:* Då en individ har en samtidig psykisk ohälsa med ett pågående missbruk.

*Missbruk:* Alkohol, läkemedel och narkotika missbruk.

*Beroende:* Ett allvarligare tillstånd än missbruket. Vi ser på beroendet som en sjukdom snarare än ett dåligt karaktärsdrag.

*Självmedicinering:* Då man försöker lindra sina psykiatriska besvär med hjälp av beroendeframkallande medel.

*Psykisk ohälsa:* Subjektivt upplevda och självrapporterade besvär som har en psykisk karaktär.

*Psykisk störning:* Då man har en psykiatrisk diagnos.

## **4 Tidigare forskning**

Att lida av både missbruk och psykisk ohälsa, att ha en så kallad dubbeldiagnos, är problematiskt för individen inte minst då det kommer till behandling (Stewart & Conrod, 2008 s.245).

I Norström och Thunved (2008, s.55,59) framgår det att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet samt att personal som utför socialnämndens uppgifter ska ha en lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska dessutom systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Målet för att uppnå framgångsrik välfärdspolitik är att överbrygga gränser mellan olika verksamheter inom den offentliga sektorn, exempelvis vård och service till människor med psykiska problem samt rehabilitering av människor med missbruksproblem. Brister som kan påverka samarbetet är otillräcklig kunskap, skilda synsätt, oklara avgränsningar och otillräckligt med tid för samverkan, samt en oro för kostnadsöverväldningar.

### **4.1 Integrerad kontra separat behandling**

Enligt Heilig (2004, s.187) är ett av problemen med att få adekvat hjälp som psykiskt sjuk missbrukare att psykiatriska verksamheter inte tar emot psykiskt sjuka individer som även har missbruksproblem, då de ofta anser att den psykiska ohälsan är sekundär till missbruket. Heilig uppger vidare att ungefär hälften av alla med kronisk psykos även utvecklar någon

form av missbruk, och att dessa individer är i behov av hjälp från psykiatri, vilken är den enda instans med resurser och kompetens för detta (ibid.). En individ med dubbeldiagnos kan således tyckas hamna mellan två stolar, eller i en ond cirkel där den ena diagnosen ofta utesluter hjälp för den andra (Svensson, 1999 s.16-17).

Det verkar vara svårt att hitta forskning som stödjer separat behandling för individer med dubbeldiagnos; fastän vi letat i tillgänglig litteratur, dels böcker men även internationella och svenska artiklar, så har vi inte hittat något som förespråkar separat behandling.

Tidigare var behandlingen för beroende och psykisk ohälsa inte integrerad; på behandlingshemmen för beroende hade personalen oftast inte kompetens att ta hand om psykiska problem, och psykiatri avvisade patienter med beroendeproblematik. Numer vet man att de två diagnoserna mer ofta hänger samman än att de inte gör det, och forskning har visat att samtidig behandling ger bättre resultat än behandlingsformer som endast fokuserar på den ena diagnosen och ignorerar den andra (John & Renner, 2004). Att exempelvis inte behandla ett samtidigt drogproblem kan innebära att behandlingen av den psykiska ohälsan misslyckas (Johansson & Wirbing, 2005, s.237). Stewart och Conrod (2008, s.243) nämner även de problem med att inte behandla samtidigt, då de menar att en patient som exempelvis har en ångestproblematik tillsammans med ett alkoholberoende inte kan bli behandlad bara för sitt beroende. Om man inte samtidigt behandlar ångesten, ökar risken för ett återfall eftersom patienten inte vet något annat sätt än självmedicinering för att dämpa sin ångest.

Andra forskare som håller med om att integrerad behandling ger bättre utfall är bland annat Öjehagen och Berglund (2000), Svensson (1999) och Eek (1998), och utvecklingen idag ser ut att gå mot att behandla ur ett helhetsperspektiv. Enligt Öjehagen och Berglund (2000, s.253) har man i tio av elva studier påvisat bättre resultat om behandlingarna integrerats, exempelvis minskade bortfall, bättre psykosocial funktion samt mindre sluten vård. Dock är det endast få som följer rekommendationen i verkligheten. Många behandlare tror inte på effekten av att behandla samtidigt och håller sig till mer traditionella metoder med separata behandlingar. (John & Renner, 2004).

Även Heilig (2004, s.174) menar att en dubbeldiagnos bör behandlas i sin helhet för att nå ett lyckat resultat, och därför måste varje patient som uppger sig ha psykiska problem bedömas för att upptäcka ett eventuellt missbruksproblem. Alicia Bartz och Roy Futterman tar också upp i sin artikel *Psychologically-Based Vocational Rehabilitation for Co-Occurring Disorders: A Manualized Group Treatment Model* (2008) att det är mer fördelaktigt att behandla ur ett helhetsperspektiv för att klienten ska nå framgång i sitt tillfrisknande.

Heilig skriver (2004, s.187) att det i det enskilda fallet är omöjligt att veta vad som ligger bakom den primära diagnosen, och att det dessutom är ointressant eftersom klienten bör få hjälp med hela sin problembild, oavsett om den ena diagnosen orsakat den andra eller tvärtom. Man bör inte acceptera ett nej från psykiatrin då det kommer att resultera i att denna patient hamnar på gatan i slutändan. Han skriver vidare att det är viktigt att ha en individuellt upprättad vårdplan där patienten blir behandlad både för sitt psykiska besvär och sitt beroende.

#### **4.2 Krav på samarbete**

Behandlingen av patienter med dubbeldiagnos är en specialistuppgift, och kan därför kräva ett nära samarbete mellan socialtjänst och psykiatri (Johansson & Wirbing, 2005, s.238). Man har dock fastställt svårigheter för klienterna med att få samtidig hjälp därför att behandling för missbruk och psykiska störningar sker inom olika organisationer, och dessa har svårt att samverka och samordna sina resurser gentemot individen. Ett skäl till detta är att psykiatrin och socialtjänsten försöker skjuta ifrån sig ansvar genom att säga att de inte har tillräcklig kompetens för att ge adekvat hjälp till denna grupp. Socialtjänsten anser sig inte kunna hjälpa missbrukare med psykiska störningar därför att de inte har kompetensen att behandla psykiska problem, samtidigt som psykiatrin anser sitt huvudsakliga ansvarsområde vara att ge akutvård så som avgiftning och åtgärder för akuta psykotiska tillstånd. Det finns däremot ingen organisation som har det direkta ansvaret för att hand om denna grupp, utan det är faktiskt socialtjänsten och psykiatrin tillsammans som bedriver stöd och hjälp åt dessa individer (Svensson 1999, s. 17). Eek (1998 s. 146) skriver att varje kommun borde ha tillgång till ett team med dubbel kompetens med företrädare från både socialtjänst och psykiatri, vilket har visat sig ge bra resultat i mötet med målgruppen svårt psykiskt störda missbrukare.

Forskning har visat att vissa psykiska störningar är vanligare i samband med missbruk än andra, exempelvis nedstämdhet och ångest, men även sömnstörningar är vanligt förekommande (Heilig 2004, s.174). Individer med psykiska problem har ofta en ökad risk att utveckla ett sekundärt missbruk för att minska symptom av ångest och depression genom att de självmedicinerar med exempelvis alkohol eller droger (Johansson & Wirbing, 2005, s.75). Patienter med dubbeldiagnos riskerar att bli en så kallad "svängdörrs-patient", som Johansson och Wirbing uttrycker det, då de passerar hos olika vårdgivare utan att nå några resultat. Obehandlad dubbeldiagnos leder ofta till hemlöshet som ett resultat av en försämrad



psykosocial situation och en försämrad psykisk hälsa, och dödligheten är kraftigt förhöjd hos denna grupp (ibid. s.237).

## **5 Teoretiskt ramverk**

### **5.1 Professionellt förhållningssätt**

Vad är ett professionellt socialt arbete? Hur förhåller man sig professionellt gentemot sina klienter? Payne (2006) undersöker dessa frågor i sin bok *What is professional social work?* och för en intressant diskussion om professionalitet.

Vi har valt att använda oss av Paynes syn på professionalitet som ett hjälpmedel för att analysera vår empiri. Vi anser att han har ett bra teoretiskt ramverk där han för en bra diskussion som kan hjälpa oss att se hur de professionellas förhållningssätt ser ut i praktiken.

#### **5.1.1 Triangeln**

Payne definierar socialt arbete utifrån olika synpunkter, och det kan skilja sig åt inte bara inom de olika delarna av det sociala arbetet, utan även inom samma område. Payne hävdar att socialt arbete är en så pass bred arena att det finns mycket som kan klassas som socialt arbete, men det beror på vad man anser ingår i begreppet. Andra kanske gör en snävare definition. Det är svårt att sätta fingret på vad begreppet står för exakt, eftersom det varierar från tid till tid och från ett samhälle och en kultur till en annan. Payne tar upp att denna oklarhet kan vara en källa till missnöje och att det kan ge en negativ syn på professionen då de verksamma inte kan ge en förklaring till vad socialt arbete är, på ett sätt så att allmänheten förstår (Payne, 2006, s. 1-3).

Enligt Payne finns det tre olika synsätt på socialt arbete. Han har målat upp dessa i var sitt hörne av en triangel; högst upp finner vi det *Terapeutiskt reflexiva*, och vid basen har vi *Social ordning* samt *Transformerering*. I det *terapeutiskt reflexiva* synsättet söker socialarbetaren uppnå bästa möjliga välbefinnande för individer och grupper. Genom arbete mot individuell utveckling och självförverkligande förbättras samhället. Synsättet som benämns *social ordning* anser att socialt arbete ger välfärd åt individer i ett samhälle. De besvarar klienternas behov och förbättrar servicen så att den blir mer effektiv. Genom att hjälpa individer med deras problem, kommer de lättare att passa in i de sociala normerna i samhället; att verka för social förändring för att lösa problemen som uppkommer, kommer att

leda till förbättringar ur ett helhetsperspektiv. Socialt arbete verkar för att upprätthålla den sociala ordningen och den personliga friheten. Det *transformistiska* synsättet, slutligen, anser att vi måste ändra samhällena till fördel för de fattigaste och förtryckta. Här arbetas mycket med empowerment på en strukturell nivå. Anhängarna av detta synsätt anser att om man identifierar och uppmärksammar hur sociala relationer förorsakar individers problem, så kan man genom social förändring och utveckling förhindra att de uppkommer (Payne, 2006, s. 12-14).

Den viktiga skillnaden mellan dessa tre synsätt är politiska skillnader och åsikter om hur välfärd bör uppnås. De olika ståndpunkterna kritiserar eller försöker modifiera varandra (ibid. s. 14). Payne skriver dock att det finns likheter i dessa synsätt, som att både det terapeutiskt reflexiva och det transformistiska synsättet centralt handlar om förändring och utveckling. Det terapeutiskt reflexiva och social ordning handlar båda två mer om individuell förändring än strukturell. De flesta föreställningarna om socialt arbete innehåller aspekter från samtliga dessa synsätt (ibid. s. 15).

När man, som i det transformistiska synsättet, pratar om att stärka klienter eller klientgruppers ställning, utvidga deras handlingsutrymme och utjämna maktförhållanden i samhället talar man om *empowerment*, som syftar till att stärka utsatta grupper och bidra till att öka deras makt, självtillit och inflytande. Empowerment är således både en process och ett mål. I socialt arbete har empowerment setts som både en metod och en teori. Teorier har utvecklats om hur människor når kollektiv kontroll över sina liv för att därmed kunna tillgodose sina intressen. Metoderna har gällt hur socialarbetare kan stärka dem som saknar makt så att de kan vinna självkontroll och styra sina egna liv med hjälp av kunskap (Swärd & Starrin, 2006, s.263-261; Husom Løken, 2007 s. 167; Rønning, 2007 s.37 ).

Vi har valt att använda oss av Paynes Triangel som hjälpmedel för att lättare kunna analysera hur de olika synsätten inom socialt arbete återspeglas i mötet med klienterna. Placeringarna syftar till att visa hur deras arbetsuppgifter och möten med klienterna ser ut. Inspiration till hur vi delat in de olika aktörerna i Triangeln har vi hämtat från Payne (2006, s. 16-17).

## **5.2 Det strukturella perspektivet**

Ett perspektiv är en sammanhängande uppsättning idéer som bidrar till att hjälpa oss att tydligare se och förstå vad som sker runtomkring oss varje dag (Bolman & Deal, 2005, s.72). Det strukturella perspektivet förespråkar ett mönster av välutvecklade roller och relationer inom och mellan organisationer. Typen av struktur är lika viktig som graden av struktur, det finns

både bra och dåliga regler. Beroende på hur väl definierade och uppfattade roller och relationer är, samt hur väl de är samordnade, är avgörande för hur bra en organisation fungerar och presterar, vilket är en av de grundläggande förutsättningarna inom det strukturella perspektivet (ibid. s.74-75, 77).

Bolman och Deal skriver att då det kommer till organisationsdesign finns det två grundläggande frågor som är centrala för organisationsstrukturen; Hur man fördelar arbetsuppgifter (differentiering) och Hur man samordnar roller och enheter (integrering) (ibid. s.79). Genom att fördela arbetsuppgifter skapar man roller och enheter inom en organisation, vilket kan ses som en fördel ur specialiseringssynpunkt, men negativt från en samordnings- och kontrollaspekt. Enheter har en tendens att koncentrera sig på sina egna prioriterade uppgifter och handla på egen hand istället för att se det stora uppdraget, vilket leder till att insatserna förlorar sin helhet och prestationsnivån sjunker (ibid. s. 81).

Enligt Bolman och Deal (ibid. s.81-82, 84, 87) kan organisationer bli framgångsrika och nå samordning och kontroll på två olika sätt. Det ena är det vertikala sättet som innebär att de medarbetarna som befinner sig på en högre nivå kontrollerar de på en lägre nivå genom formell makt, regler och policy, vilket begränsar handlingsfriheten och bidrar till att skapa förutsägbarhet och enhetlighet. Den andra metoden är lateral samordning som ofta, men inte alltid, anses vara effektiv. Laterala samordningsformer är vanligtvis mindre formella och mer flexibla än maktbaserade regler och system. Laterala tekniker som formella och informella möten, samordningsfunktioner och nätverksorganisationer innebär ofta en enklare och snabbare form av samordning. En nackdel med den laterala samordningsformen är dock att de formella och informella mötena kan ta för mycket tid och energi i anspråk.

Det gäller att hitta en bra balans mellan laterala och vertikala strategier, beroende på vilken typ av samordningsproblem man står inför. Vertikal samordning fungerar generellt sett bättre i situationer som präglas av en stabil omgivning, medan lateral samordning passar bättre då komplexa uppgifter skall utföras i en snabbföränderlig miljö (Bolman & Deal, 2005, s.88).

Då ansvar inte är tydligt fördelat finns risken att viktiga frågor hamnar mellan stolarna, vilket kan leda till konflikter mellan de anställda om vem som har ansvaret att utföra uppgiften, slöseri med resurser och oavsiktlig överkapacitet. Då de anställda har för mycket att göra, kan stressen över att hinna med sina arbetsuppgifter leda till att bemötande gentemot klienterna blir opersonligt (ibid. s.104-105; Lipsky 1980 s. 29-33).

Vi kommer även att använda oss av det strukturella perspektivet i vår analys av empirin för att visa på hur samarbetet mellan socialtjänsten och psykiatrin fungerar, och hur det påverkar bemötandet gentemot klienterna i slutändan.

## **6 ANALYS**

Vi kommer här att presentera vår empiri utifrån de teman vi valt att lyfta fram, för att slutligen i den sammanfattande diskussionen besvara våra frågeställningar och ta upp våra egna tankar kring resultatet.

### **6.1 Hopplös grupp**

Dubbeldiagnos-klienter är en grupp för sig som ses som misslyckade och svårhanterliga från socialtjänstens och psykiatrins sida (Svensson, 1999, s.90-91).

Vi har fått olika bilder av våra intervjupersoner när det gäller om individer med dubbeldiagnos ses som en hopplös grupp. Behandlingsassistenten tyckte sig se att socialtjänsten ser dem som en hopplös grupp eftersom de inte har tillräckliga verktyg att hjälpa dem. Hon menar att trots att dubbeldiagnos är ett gammalt och välkänt fenomen är det en lågprioriterad grupp.

Samtidigt som Föreståndaren säger att han inte ser individerna med dubbeldiagnos som en hopplös grupp, påpekar han att arbetet med dem är mycket tålamodsprövande då deras problematik inte är snabbt åtgärdad utan det krävs långsiktig planering och vård.

Ibland har man svårt att se förbättringar, ibland kan jag tycka att det är svårt och det kan kännas hopplöst.

#### **Föreståndaren**

Socialsekreterare 2 anser dock att gruppen i sig inte är svår utan att svårigheterna ligger i att organisationer och samhällsorgan inte är anpassade till denna grupp. Enligt henne finns resurserna, men det är svårt att få personalen inom socialtjänsten och psykiatrin att samarbeta. En svårighet som hon kan se i arbetet med dessa individer är dock att göra rätt insats i rätt tid med rätt timing; vad är mest akut, vilken ända ska man börja i? Ytterligare en svårighet anser hon kunna vara då klienten inte har någon självinsikt i sin problematik.

[...]det är aldrig en bra utgångspunkt för att skapa en relation, alltså ifall de själva inte tycker att de har några bekymmer och själva inte vill söka någonting, kanske har sina helt egna utsvävade fantasier om vad som händer, så kan det ju vara svårt att komma in.

### **Socialsekreterare 2**

Socialsekreterare 1 ser även hon samarbetet med psykiatrin som det problematiska.

Inte hopplösa fall, det kan jag inte säga. Det gäller ju att få det rätt, det här mellan psykiatrin och oss, var hör de hemma, det blir ju mycket det här emellan. De vill köra hit dem och vi vill flytta dem dit.

### **Socialsekreterare 1**

I 4§ LVM framgår tydligt att om någon för en kortare tid ges vård med stöd av Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) så hindrar inte detta ett beslut om tvångsvård enligt LVM. Många missbrukare som socialtjänsten kommer i kontakt med har även psykiska störningar, och därför är ett samarbete med psykiatrin nödvändigt (Norström & Thunved, 2008 s. 393).

Avgränsningen mot LPT är inte alltid klar, men förarbetena till den lagen säger att om den psykiska störningen är tillräckligt svår bör behandlingen falla inom psykiatris ansvarsområde, även om det också finns en kombinationsproblematik i form av intensivt missbruk. Bedöms däremot missbruket som primärt och tvångsåtgärder nödvändiga bör LVM i första hand tillämpas och LPT ses som en sista utväg för att klara de allvarliga psykiska komplikationerna av missbruket (Norström & Thunved, 2008 s.394).

Läkaren tror att individer med dubbeldiagnos är en mer svårhanterlig grupp, både då det kommer till behandling men även i själva mötet, än individer med enkel problematik.

Det är definitivt en komplicerande faktor i prognosen om där finns en psykisk ohälsa [...] dessa individer har svårare att fullfölja behandlingsprogram, att ta till sig olika behandlingsinsatser, att förstå resonemang, och den psykiska ohälsan orsakar ett lidande som missbruket har fungerat reglerande på nåt sätt, ska man då ta bort det, finns lidandet kvar och där blir ju stora problem, de är mycket mycket svårare.

### **Läkaren**

Han menar vidare att många som endast har missbruk och inte någon psykisk ohälsa generellt sett klarar sig bättre, på något sätt.

[...]de lever i en avsocialiserad och kriminell värld[...] Man kan säga att de är lite tuffare oftast.

### **Läkaren**

Läkarens intryck är att individer med dubbeldiagnos råkar mer illa ut och har en lägre status än de med rent missbruk. Prognosen är också sämre för dem, dödligheten är sannolikt högre, generellt drabbas de av mer svårigheter och lidande, något vi tagit upp ovan att även Johansson och Wirbing påpekar (2005, s.237).

Läkaren anser också att mycket av svårigheten i arbetet med dessa individer ligger i att behandlingen är uppdelad mellan psykiatrin och socialtjänsten, vilka inte alltid får samarbetet att fungera. Han skulle önska att beroendeenheten hade kompetens från båda verksamheterna, och att utredning, behandling och insatser är på samma ställe.

Faller patienterna mellan stolarna så är det på grund av att det inte är riktigt tydligt i vardagen vad som är socialförvaltningens behandlingsuppdrag och psykiatris, och att vi inte är överens. [...] Ju tydligare vi har varit och överens desto bättre har det fungerat.

### **Läkaren**

Som vi nämnt tidigare, är arbetet med individer med dubbeldiagnos är en specialistuppgift (Johansson & Wirbing, 2005, s.238) som kräver ett nära samarbete mellan socialtjänst och psykiatri. Svensson (1999, s. 146) påpekar dock att det kan vara svårt att få adekvat hjälp, då behandling för missbruk och psykisk ohälsa sker inom olika organisationer. De har svårt att samarbeta och samordna sina resurser, vilket även Läkaren lyfter fram här. Han uttrycker även en önskan om en enhet med kompetens från båda verksamheterna, i likhet med vad Eek (1998, s. 237) talar om i form av ett team med dubbelkompetens.

Enligt läkaren är samarbetet mellan psykiatrin och socialtjänsten av stor vikt för att behandlingen ska bli lyckad. De försöker upprätthålla ett gott samarbete genom en tät kontakt med socialsekreteraren som är involverad i klientens behandling. Han anser att samarbetet ofta fungerar bra, men att socialförvaltningen ibland backar från sitt åtagande när en insats utförs inom psykiatrin, men att detta även kan ske från båda hållen.

Socialsekreterare 2 säger att fastän de är styrda och begränsade av de lagar och regler som gäller i organisationen de arbetar i, försöker de att få till ett samarbete med psykiatrin genom exempelvis formella samverkansmöten med olika representanter från psykiatrin. Detta visar på att de använder sig av en lateral samordningsform där just de formella mötena utgör hörnstenarna i den laterala samordningen (Bolman & Deal, 2005 s.84).

Även om samarbetet är viktigt, så kan det ibland kännas att dessa samverkansmöten tar lite för mycket tid från arbetet med klienterna.

### **Socialsekreterare 2**

Precis som socialsekreterare 2 kan även Brukarrepresentant 2 tycka att mötena tar tid som kunde ha spenderats på ett bättre och effektivare sätt, om det ändå inte leder fram till något konkret, vilket kan vara en av nackdelarna med en lateral samordningsform (Bolman & Deal, 2005 s.87).

Vi har jättebra kontakt med alla i kommunen, exempelvis med psykiatrin, vi har det jättetrevligt när vi träffas, de bjuder på kakor och sånt. Framförallt vad det gäller psykiatrin, så bryr de inte sig vad vi tycker, de lyssnar artigt på vad vi har att säga, sen gör de som de alltid har gjort ändå. Samarbetet funkar jättebra på ett socialt plan, och inte alls när det gäller verkliga vårdinnehåll, då har vi väldigt lite att säga till om.

### **Brukarrepresentant 2**

Då brukare får vara med och påverka beslutsfattande som rör deras egen situation, kallas det för reell brukarmedverkan (Rønning, 2007, s.37). Detta innebär att brukare får ha ett avgörande ord vid viktiga beslut om deras hälso- och livssituation, och att hjälpande institutioner och myndighetspersoner får ge upp en del av de befogenheter de har idag. Enligt Rønning förändrar inte mycket av det som kallas brukarmedverkan idag denna beslutanderätt hos myndigheterna. För att detta ska ändras, är det viktigt att brukarna får göra sina röster hörda tidigare i beslutsprocessen, så att de är med hela vägen. Om de kommer in först mot slutet av exempelvis en utvärdering av ett behandlingserbjudande, så ger det inte någon reell brukarmedverkan (ibid.).

## **6.2 Handlingsutrymme**

Enligt Brukarrepresentant 1 är lagarna mer progressiva än vad uttolkningen av dem är nu, de är mer till klienternas fördel. Han anser att verksamheter inom sjukvården och socialtjänsten har gjort lagtolkningar ”efter sin plånbok” och tänjer på SoL och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) till sin favör. På brukarorganisationen hjälper de klienterna med överklagningar och försöker ta tillbaka mycket av det lagutrymme som de anser att socialtjänsten tolkat för fritt.

Vi driver frågor på den politiska, juridiska och individuella nivån för att försöka förändra strukturer.

### **Brukarrepresentant 1**

Socialsekreterare 2 uppger att ett hinder, som gäller specifikt för dubbeldiagnoser, kan vara då en person som fått en personkretsbedömning och en insats i form av boende enligt LSS börjar missbruka på boendet, vilket kan ställa till med bekymmer.

[...]oftast har inte personalen på LSS boendet kompetens eller erfarenhet att jobba med dubbeldiagnoser eller missbruk och det ställer till det otroligt för de andra som bor där, och man kan inte på det viset som man kan på andra ställen bara stänga av insatsen. Den lagliga rätten är jättestark på den som har ett LSS beslut. Det är en otrolig juridisk process. Det man kan försöka göra är det att motivera personen till att ta en annan behandling på ett annat ställe enligt SoL, men i fall personen tvärvägrar då har man bekymmer. [...]men det är inte så att det händer väldigt ofta.

### **Socialsekreterare 2**

Inom socialtjänsten utgör budgeten ännu ett hinder för att utföra arbetet fullt ut. De har redan överstigit årets budget med flera miljoner, och nu anser de att de är rätt begränsade eftersom det är hemmaplanslösningar som gäller.

Vi har placerat tidigare som kostat för mycket, därför tar vi hem dem nu och behandlar på hemmaplan istället.

### **Socialsekreterare 1**

Detta innebär att de får pussla med insatserna som finns tillgängliga, och göra det bästa utav det, hitta den bästa lösningen, men att det är svårt att få det att gå ihop.



Vissa behöver mycket mer hjälp än vad vi har. Vi försöker efterapa andra behandlingshem, men det krävs ju också resurser [---] det kostar pengar ju. Ska det vara bra ska man tillsätta så mycket som möjligt för att det ska funka, men det går ju inte för det ska helst inte kosta någonting men vi ska ta hem dem.

### **Socialsekreterare 1**

I en vertikal samordningsform inom det strukturella perspektivet styrs organisationen uppifrån och ner, vilket innebär att de som är högre upp i hierarkin kontrollerar de som är längre ner (Bolman & Deal, 2005, s.81). Regler och Policy inom en organisation begränsar handlingsfriheten och bidrar till att skapa förutsägbarhet och enhetlighet. För att en organisation ska fungera på bästa sätt, är det viktigt att hitta en balans mellan reglerna och handlingsutrymmet så att de anställda motiveras att utföra sina arbetsuppgifter på ett tillfredsställande sätt.

Inom socialtjänsten kommer besluten uppifrån, och socialsekreterarna förväntas utföra dem. På grund av bristande budget och andra hinder i handlingsutrymmet kan de inte utföra ett så bra jobb som de önskar.

Socialsekreterare 2 pratar om handlingsutrymme i förhållande till lagarna, och menar att man som socialsekreterare ändå har en viss frihet att bestämma hur man vill jobba.

[...]om man vill jobba, så det går inte att skylla på lagen liksom, det får vi inte göra, man kan alltid hitta nåt eget, om man vill göra någonting så är det sällan lagen stoppar en från det.

### **Socialsekreterare 2**

Hon påpekar vidare att problemen med budget och resurser är ett annat dilemma som man som socialsekreterare måste förhålla sig till. Att få begränsade tillgångar att räckta till mycket större behov, anser Lipsky (1980, s. 29-33) vara ett problem och en stressfaktor i det sociala arbetet. Socialsekreterare som är medvetna om detta gör stora ansträngningar för att prioritera mellan olika behov och på bästa möjliga sätt försöka fördela resurserna.

Inom psykiatrin däremot, påpekar Läkaren att det är orätt både mot psykiatrin och resursmässigt att lägga stora resurser på en behandling som inte har förutsättning att lyckas. Han ser resurserna som ett stort problem, och anser att de behöver bli mer koordinerade med socialtjänsten samt att få ett bättre resurstillskott. Han nämner även att sjukvården har fått

kritik för sin oförmåga att hantera och bemöta behovet av vårdplatser, vilket innebär att långa väntelistor drabbar både individen i fråga men även samhället i stort.

[...]även om jag och socialsekreteraren hade en planering och bedömningen var klar, att patienten skulle läggas in borde avgiftas och att behandlingen var på väg, så var det väntelista flera veckor, och då vet man att under dessa veckorna är patienten kriminell, prostituerad och det drabbar alla[...]

### **Läkaren**

## **6.3 Bemötande**

Som vi nämnt tidigare, påpekar Blennberger vikten av ett gott bemötande i socialt arbete, och menar att det handlar om vilken grundinställning och attityd man som professionell har gentemot klienten och olika kategorier av klienter (2006, s.228).

Att sätta diagnoser på individer innebär samtidigt att man placerar dem i olika fack. Enligt Brukarrepresentant 1 råder det idag en ”diagnos-sjuka”, som innebär att man sätter etikett i pannan på folk och utifrån detta bestäms hur människan bemöts, vad hon behöver och vilken hjälp hon får, istället för att prata med individen själv. Diagnos är en förutsättning för hjälp. Husom Løken (2007, s.162) menar att diagnossystemet kan bidra till en känsla av maktlöshet, även om det ofta kan uppfattas som en lättnad att få reda på svar och ett namn på det som är problemet, att man fritas från att vara dum och lat och blir accepterad i samhället. Att ha en diagnos kan dessvärre också bidra till att man blir fastlåst i en roll som sjuk och hjälpbehövande. Alla andra roller man har i livet blir underordnade och istället blir man bemött som ett ”fall”, då patientrollen har en tendens att bli dominerande i förhållande till de andra. Det finns en risk då andra identifierar en på det sättet, att man själv tillslut förlikar sig med den rollen och glömmer de andra möjligheterna man kan ha. Detta bidrar till passivitet och destruktivitet.

Generellt sett tycker de inte på Brukarorganisation 1 att det är svårare eller annorlunda att bemöta dubbeldiagnos-klienter jämfört med de som har en diagnos, och de försöker bemöta alla på ett vänligt och bra sätt. Dock är exempelvis kombinationen tung psykos och missbruk svårhanterlig, då de som brukarorganisation saknar kompetens och resurser för att hantera det. Något som kan skilja sig i mötet är också att dubbeldiagnos-klienterna, oftare än de med en problematik, söker upp dem i ett tillstånd av kaos där mycket i deras liv behöver struktureras upp. Föreståndaren menar även han att dessa individer hamnar mycket i kriser, och att de flesta med dubbeldiagnos har mer komplicerade problem.

En person med psykos är kanske mer inåtvänd, hör röster, och oftast ingår i diagnosen att man är återhållsam med känslor och engagemang, det är svårt att få kontakt med dem. [...]de flesta är skickliga på att maskera att de har psykoser, de vill inte visa att de hör röster som säger att man inte får berätta för oss.

### **Föreståndaren**

En annan svårighet med gruppen som Föreståndaren nämner kan vara att upprätthålla en kontinuerlig kontakt, då de ibland avviker från de planer och regler som satts upp.

Behandlingsassistenten nämner svårigheten med att bygga upp en relation till dessa individer som något av det mest problematiska i arbetet med dem.

[...]de har en otrolig tillitsvärighet, de litar inte på någon. Vi jobbar mycket på att bygga upp en relation, ibland går det helt enkelt inte om problematiken är så kraftig att vi inte når fram. Det är inte bara gentemot oss de har svårt att känna tillit, utan de har tillitsproblem gentemot alla i samhället, speciellt vuxna människor. Har man varit i missbruk en längre tid har man ofta en omogen verklighetsbild, och vi får spegla vuxenvärlden.

### **Behandlingsassistenten**

Enligt Brukarrepresentant 2 är skillnaden dramatisk mellan gruppen av individer med dubbeldiagnos och de med endast ett av problemen. Han menar att det är helt relaterat till missbruket och huruvida missbruket i sig är aktivt.

När de inte missbrukar så är de precis som vilken annan medlem som helst, men när de missbrukar blir de helt omöjliga att ha att göra med. [...]när någon är påtänd på amfetamin så har man 10 gånger högre tempo än alla andra, pratar jättemycket och jättehögt, springer fram och tillbaka, gör 50 olika saker på en gång, gapar och skriker på alla som är i vägen, stjälar saker och pengar för att få tag på mer knark.

### **Brukarrepresentant 2**

Trots att man vet att den här gruppen är svårhanterlig och ofta kräver omedelbara åtgärder till skillnad mot gruppen med bara en problematik, så är det många vårdinstanser som inte klarar av att hantera dessa individers problematik och bemötandet blir bristfälligt.

[...]om man ska till vårdcentralen till exempel, man är inte riktigt välkommen, de vill undvika så mycket som möjligt tror jag, för de vet att det är krångligt, de vill inte ge sig in i det, de tycker att det inte är mitt område och att en specialist krävs [...]man är lite rädd också tror jag.

### **Föreståndaren**

[...]ganska ofta kan de få ett stopp från psykiatrin, att du är en missbrukare och att man kan ha den missbruksstämpeln ganska länge på sig innan man är välkommen.

### **Socialsekreterare 2**

[...]är det dubbeldiagnos, så blir det mer, man försöker hålla på strukturen men man behöver vara lite mer flexibel mera uppsökande, mera gränssättande, men samtidigt får man ha tålmod, man kan inte bara avsluta kontakten, utan måste vara lite mer ihärdiga. Det är ju för de som jobbar med detta, många gånger är det jobbiga klienter, det är så att säga inte så populärt att jobba med detta.

### **Läkaren**

Enligt Läkaren försöker han att ha ett icke-fördömande förhållningssätt gentemot dessa individer, och öppenheten är viktig i arbetet med dem då det ibland kan komma fram information om tidigare missbruk, men samtidigt att de då kan bli mer vaksamma på att missbruket kan finnas kvar som en del av problematiken.

Brukarrepresentant 2 menar även han att bemötandet hos vårdgivare ofta blir sämre då det kommer fram att man har en dubbeldiagnos, speciellt om man missbrukat under lång tid.

Ja det är ganska naturligt att man reagerar så som vårdgivare. [...]om nån som har missbrukat heroin i 20 år och kommer till doktorn och säger att jag mår skit och allting är jättejobbigt[...] Då tänker doktorn ja men vad trodde du, du missbrukade heroin i så många år. Det kan bero på att de ses som en svår grupp att behandla. Jag tror att mindre än 10 % av behandlingarna för missbruk lyckas, så det är bevisligen en svår grupp, och många har varit på behandlingar hur många gånger som helst och trillar igen i missbruket.

### **Brukarrepresentant 2**

Även socialtjänsten kan se svårigheter i mötet med dubbeldiagnos-klienterna:

[...]vi är inte riktigt vana att handskas fullt ut med dessa klienter. Vilka frågor ska man ställa? Självmordstankar? Hur långt ska man fråga? [...]

### **Socialsekreterare 1**

Socialsekreterare 2 säger att hon tror att grundbemötandet är detsamma för alla klienter, eller att hon åtminstone hoppas det. Dock anser hon att man är mer observant om man på förväg vet att en klient exempelvis har en psykossjukdom; personen kanske ser frånvarande ut därför att den hör röster, man kanske håller mötet lite kortare.

Vi bemöter inte personer med dubbeldiagnos annorlunda. Jag är kanske mer lyhörd och försöker vara mer observant. Vad är det jag ser och vad är det som finns mellan raderna? [...]vi har inga speciella riktlinjer eller manualer för hur vi bemöter just dubbeldiagnospatienter.

### **Socialsekreterare 2**

Att gruppen med dubbeldiagnos mår bra av en viss grad av struktur och rutiner, är något Socialsekreterare 2 tar upp, men samtidigt menar hon att alla människor mår bra av att ta något slags eget ansvar, även om det måste vara anpassat efter vad individen klarar av. Läkaren påpekar att oavsett diagnos, så måste individen ta eget ansvar i behandlingen, exempelvis att inte sidomissbruka, i annat fall är det svårt att få behandlingen att fungera.

Socialsekreterare 1 menar att bemötandet skiljer sig från individ till individ och att det är enklare att träffa en individ som endast har en diagnos. Hon har respekt för klienter med dubbeldiagnos, då de ofta kan få utspel och vara farliga då de har en psykisk ohälsa och kanske blandar droger med alkohol. Hon har ett något mjukare och försiktigare sätt då hon bemöter dessa individer. Hon anser även att konfrontation inte är lämpligt då de snabbt kan "gå igång". Försiktigheten ligger i att man inte kan veta riktigt vad som väntar en då man möter en individ med dubbeldiagnos.

[...] när man har en diagnos och blandat massa tabletter och droger med alkohol, man blir helt galen. [...]man får bedöma dem lite i vilket läge de är, de behöver inte vara hotfulla och agera utåt, det kan ligga lite under ytan och man känner det här att det inte står rätt till. [---]man vet inte vad som snurrar runt i huvudet på dem, man är allmänt, jag är det i alla fall, lite mjukare i sättet med de som har

dubbeldiagnos. [...]man konfronterar inte dem direkt så att de går igång, utan man försöker liksom lirka med dem. [...]Man är försiktig [...]jag utsätter mig inte, inte för hur mycket som helst. [...]jag har respekt för dem det måste jag säga, absolut, det ska man ju ha, inte bara ge sig och ställa vilka frågor som helst. [...]man känner ju dolda hot, som finns under ytan, och då ska man inte ge sig in i det. [---]är de rena och inte har blandat ihop en massa så går det ju bättre.

### **Socialekreterare 1**

När det gäller aggressivitet hos klienter med dubbeldiagnos har föreståndaren precis som Socialekreterare 1 erfarenhet av mycket utspel som utgör en svårighet i arbetet då man inte alltid vet var man ska dra gränsen.

Föreståndaren anser vidare att socialekreterarens bemötande och förhållningssätt gentemot klienterna är oerhört viktigt då han menar att en bra socialekreterare kan plantera en idé som senare växer till en motivation och vilja hos klienten. Det är viktigt att som socialarbetare förmedla och visa intresse av att hjälpa klienten. Kontinuiteten i relationen är viktig, då man kan följa klienten under en längre tid och bygga upp en bra relation. Här ligger det dock ett problem i att det ofta saknas kontinuitet i socialekreterares anställningsformer.

Socialekreterarna är många gånger mycket viktigare än vad de själva tror[...].

### **Föreståndaren**

Brukarrepresentant 1 menar dock att socialtjänsten inte har den tid som krävs för att lyssna och ta in vad klienterna har att säga, och erbjuder själva detta i form av stöd.

Att inte veta hur man ska bemöta eller hantera individer är ett hinder för att kunna utföra ett bra jobb vilket leder till att klienterna inte får adekvat hjälp. Det är viktigt med utbildning och kompetensutveckling inom socialt arbete, något som Payne (2006, s.81) anser vara centralt. Han menar att vi ständigt måste reflektera över och kritisera vår kunskap för att kunna upptäcka nya problem och lösningar, och utvecklas i vår yrkesroll.

Enligt båda Socialekreterarna arbetar man egentligen efter empowerment, även om det inte är en uttalad metod inom organisationerna. De arbetar aktivt för att slussa ut människor i samhället så att de blir aktiva samhällsmedborgare, för att man som klient inte ska behöva bli fullständigt omhändertagen bara därför att man är klient. Husom Løken (2007, s.167) menar att det är viktigt att brukarna inte fastnar i patient- eller brukarrollen, utan att man som brukare ändå känner sig respekterad och sedd i alla andra roller man har som individ. Detta

medför att man kan gå från en roll och identitet som mottagare av samhällstjänster till att bli en jämställd samhällsmedborgare.

#### **6.4 Integrerad och separat behandling**

Är de för psykiskt sjuka platsar de inte alltid på ett vanligt behandlingshem till exempel. Det beror på hur sjuka de är [...] tolvstegsbehandling tar inte de som är för psykiskt sjuka, för det passar inte den modellen.

##### **Socialsekreterare 1**

Ytterligare ett problem i behandlingen av dubbeldiagnos, är att dessa individer inte passar in i den framgångsrika tolvstegsbehandlingen, och inte heller i ett psykiatrisk behandlingshem eller boende. Socialsekreterare 1 menar att de inte tar emot dubbeldiagnosklienter på boende för psykiskt sjuka, då de ser ner på dem lite.

[...]de tar ju inte emot missbrukare, de ser ju lite ner på dem som missbrukar, det är inte så fint, det ska inte vara några missbrukare, där ska det vara bara de med rena diagnoser. [...]Så det finns några behandlingshem och boenden för missbruksklienter och psykiskt sjuka men ingenting för dubbeldiagnosklienter här i kommunen som vi kan använda som hemmaplanslösning.

##### **Socialsekreterare 1**

Ett problem när det kommer till behandlingen av dubbeldiagnosklienter kan vara att man fastnar i en diskussion om vad som har orsakat vad, dvs. vilken diagnos är den primära? Som vi nämnt tidigare anser inte Heilig (2004, s. 187) att det varken är viktigt eller intressant att veta om missbruket eller den psykiska ohälsan kom först. Det rådde delade meningar hos våra intervjupersoner ifall det är nödvändigt att veta vilken diagnos som är den primära. Vissa av dem kunde inte särskilja då de ansåg att båda diagnoserna oftast hör ihop.

Inom socialtjänsten ansågs det till viss del vara viktigt att veta vilken som är den primära diagnosen för att ta reda på vilket behov de har och vilket bistånd de ska ha.

[...] för vissa är det väldigt tydligt att missbruket är det mest akuta och för andra är det tvärtom, där man kan se att här är det verkligen den psykiska sjukdomen som är det primära, drogandet är sporadiskt och det är en självmedicinering. Det där att man inte kan se vilket som är vilket vet jag inte riktigt om jag vill hålla

med om. Jag tycker nog att i de allra flesta fall kan man se vad som är övervägande just nu. [---] Det som jag tycker är viktigast är vad som är mest akut, var brinner det mest nu [...] för att sen tror jag att man kan jobba med bägge bitarna parallellt utan att veta exakt hur det började.

### **Socialsekreterare 2**

Alla säger att båda problemen ska behandlas samtidigt. Vetenskaplig forskning har sagt detsamma i 15-20 år. På beroendecentrum säger de detsamma. Men – skrapar man på ytan så fungerar det inte så. Man får inte behandling för både missbruk och psykisk ohälsa samtidigt. Om exempelvis det primära problemet är droger, så får man inte hjälp för det psykiska. Verkligheten ser annorlunda ut mot vad de säger.

### **Brukarrepresentant 1**

Brukarrepresentant 2 säger även han att det ser annorlunda ut i verkligheten. Han menar att socialtjänsten begär att man ska uppsöka psykiatrin för att få ett intyg, eller så säger de bara att de inte kan något om det utan hänvisar direkt dit. De hjälper en inte att ta vidare kontakt, utan man får som klient sköta det själv.

Som vi redogjort för i avsnittet Tidigare Forskning (kap. 4) så bör behandlig av dubbeldiagnos vara integrerad för att uppnå bästa resultat. Även ute på fältet förespråkar man integrerad behandling men det kan te sig lite olika hur det ser ut i verkligheten med att samordna alla insatser samtidigt.

Socialsekreterare 2 påpekade att det beror på vad man menar med samtidigt, om det ska ske nu på sekunden eller om det kan vara inom en sexmånaders period. Hon menar att det är viktigt att se till det mest akuta behovet först för att sedan koppla på andra hjälpinsatser. En förutsättning för att insatserna ska ha en positiv verkan är grundliga och samordnade utredningar både inom socialtjänsten, socialpsykiatrin och beroendevården. Hon påpekar dock att samarbetet med psykiatrin ibland kräver diskussion kring ansvarsfördelning.

Vi har på senare tid gått ut och hänvisat till senaste forskning och Socialstyrelsens riktlinjer som pekar med hela handen och säger att vi ska jobba tillsammans och parallellt med detta, det har vi ju börjat hänvisa mer till när vi hamnar i diskussionerna med psykiatrin.

### **Socialsekreterare 2**



Hon menar vidare att det är nödvändigt att redan från början titta på hela fältet och titta brett på individens problematik, både vad det gäller missbruk och psykisk ohälsa, men också andra delar så som arbete, försörjning och familjerelationer.

Behandlingsassistenten menar att även om det är viktigt att behandla båda diagnoserna samtidigt, måste drogfriheten prioriteras först. Som regel behöver man vara drogfri en period för att det ska vara möjligt för att se en eventuell psykiatrisk störning. Ibland kan det vara svårt att se vad som är en psykisk störning och vad som är skapat av missbruk och abstinens av detta. Efter att man konstaterat att individen lider av en dubbeldiagnos så behandlas båda diagnoserna samtidigt.

Enligt Föreståndaren så bryr de sig egentligen inte om vilken diagnos som är den primära, men en förutsättning för att de ska behandla en individ med dubbeldiagnos är att denna är avgiftad, och därmed kan man säga att de prioriterar behandlingen av missbruk först. Sedan är det meningen att diagnoserna behandlas samtidigt.

### **6.5 Vem har huvudansvaret?**

Då det inte är helt klart hur ansvaret ska fördelas mellan socialtjänsten och psykiatrin, vill vi försöka visa på svårigheten med att få varje enhet att ta sin del av ansvaret vilket bidrar till att klienten ibland inte får adekvat hjälp.

Som vi nämnt tidigare i vår analys, är avgränsningen mellan psykiatrin och missbruksvården inte riktigt tydlig. I lagen står det att om den psykiska störningen är tillräckligt svår så ska det falla under psykiatrins huvudansvar, även om klienten har ett samtidigt pågående missbruk. Är däremot missbruket det primära och mest utmärkande ska ansvaret ligga på socialtjänsten. Detta förhållningssätt märktes av på socialtjänsten, där det var viktigt att bedöma om det var missbruket eller den psykiska ohälsan som var det primära, för att klargöra om det var deras uppdrag eller om det skulle vidare till psykiatrin.

Enligt Bolman och Deal (2005, s. 81) har olika enheter en tendens att endast fokusera på sina egna prioriterade uppgifter och målsättningar, och handla på egen hand istället för att se till det stora uppdraget, vilket kan innebära att insatserna förlorar sin helhet.

Enligt Socialsekreterare 2 måste ansvaret mellan kommun och sjukvård på något sätt förtydligas.

Att man kanske på tydligare sätt definierar denna grupps rättigheter, att man inte faller genom stolarna. Att man får den hjälp man behöver även på sjukvård och psykiatri.

### **Socialsekreterare 2**

Läkaren är medveten om att en del klienter faller mellan stolarna på grund av samarbetsvårigheter med socialtjänsten, men anser ändå att socialtjänsten inte tar tillräckligt ansvar då de skickar över klienter de tycker hör till psykiatrin.

Det händer ganska ofta att socialförvaltningen tycker att det är psykiatriskt, att patienten är sån och sån, och psykiatrin anser att det är vi som har tolkningsföreträde att bedöma vad som är missbruksorsakad psykisk ohälsa för som sagt det blir omfattande konsekvenser som kan se ut som en psykisk sjukdom. Men vi tycker att vi kan avgöra detta, även om det kan vara svårt, med all respekt, så tycker vi att vi har tolkningsföreträde, det innebär att det blir en risk att patienten faller mellan de här olika myndigheterna. Kanske att det blir en delay i insatser, när vi då blir frågade om, är det här psykiatrisk tvångsvård som är tillämplig eller är det LVM[...] är vi inte överens så riskerar en patient som är i behov av vissa insatser att inte få dem.

### **Läkaren**

Socialsekreterare 2 menar att det kan se väldigt olika ut, både lokalt och regionalt, hur samarbetet med psykiatrin ser ut. Dels i hur man byggt upp arbetet, men även hur pass välkomnande man är både inom psykiatrin respektive socialtjänsten.

[...]jag tror att man får fortsätta att jobba på att bevara kompetensen och att faktiskt jobba tillsammans.

### **Socialsekreterare 2**

Direkt huvudansvarig för denna målgrupp finns inte, men som Svensson (1999, s. 17) uttryckt det ligger ansvaret hos både socialtjänsten och psykiatrin, och det behövs få till ett bättre samarbete dem emellan för att dessa individer ska få den hjälp de behöver. Lämpliga samordnings- och kontrollformer säkerställer att olika individers och enheters ansträngningar kopplas samman, strukturerna måste dock utformas så att de passar organisationens villkor. Organisationer förbättrar effektiviteten och utfallet genom specialisering och en tydlig arbetsfördelning (Bolman & Deal, 2005, s. 75). Eek förespråkar i likhet med detta

resonemang ett team med dubbelkompetens med representanter från både socialtjänsten och psykiatrin inom varje kommun, vilket skulle kunna vara en bra lösning (1998 s. 146).

### **6.6 Var i Paynes triangel befinner sig de professionella?**

[...]vi tar hand om våra medlemmar, och ger kamratstöd, och sen arbetar vi dessutom politiskt för att de ska få bättre hjälp när de möter samhället. Vi gör både konkret att vi träffar människor varje dag och också att vi bevakar våra medlemmars intresse gentemot myndigheter och institutioner.

#### **Brukarrepresentant 2**

Vi erbjuder stöd och hjälp att hitta rätt kontakter[...] Vi erbjuder inte behandling på det sättet, det ser vi inte som vår uppgift[...] Vi ser vad är det för problem de har, och om 20 stycken har samma typ av problem – då är det ett strukturellt problem, och det måste vi påverka!

#### **Brukarrepresentant 1**

Vi menar att det är rimligt att tänka sig att *Brukarorganisationerna* befinner sig mellan det terapeutiskt reflexiva och det transformistiska synsättet, då de både arbetar på en individnivå med att hjälpa individerna mot utveckling och självförverkligande men också på en mer strukturell nivå där de försöker påverka systemet till fördel för gruppen i helhet.

Vi har både utredning och insats, här uppe utreder vi behoven[---] Vi försöker se deras situation ur ett helhetsperspektiv. [---]vi försöker föra dem framåt, titta på det positiva istället för det negativa. [...]vi försöker betrakta dem som samhällsmedborgare när de kommer hit och ska ha insatser.

#### **Socialsekreterare 1**

Vi anser att *Socialsekreterarna* hamnar mellan det terapeutiskt reflexiva synsättet och social ordning. De arbetar på en individnivå, där de utreder behoven och försöker hjälpa och stärka klienterna genom att se till deras individuella behov i form av vård. De försöker samtidigt förbättra servicen genom att få till stånd ett mer välfungerande samarbete med psykiatrin.

De insatser som vi kan göra härifrån är medicinering och psykoterapi[...]

#### **Läkaren**

*Läkaren* arbetar med individerna i form av terapi och medicinering, och inte mot en samhällsförändring. Han hamnar därmed närmast det terapeutiska synsättet, men även lite åt social ordning då han uppmärksammar brister i vården och försöker förbättra servicen genom att visa på detta och förbättra samarbetet med socialförvaltningen.

[...]Socialsekreterarna ringer hit och säger att de vill ha hjälp med en behandling[...] Man kommer hit med sin klient på infobesök och träffar två personer av oss här som berättar om behandlingen, vad den går ut på[...] sen åker de hem och tänker igenom om de vill vara här[...] Det går alltid via socialtjänsten, psykiatrin eller kriminalvården för det kostar ju pengar. [...]det händer att någon ringer själv, men då måste de ändå prata sen med socialsekreteraren innan de kommer hit.

### **Föreståndaren**

*Föreståndaren och Behandlingsassistenten* hamnar i det terapeutiska synsättet samt social ordning. De arbetar på individnivå med att hjälpa klienterna att bli friska och kunna återintegreras i samhället. Däremot ser vi inte att de har så stor möjlighet att förändra på en strukturell nivå, då de är beroende av uppdragsgivarna och tillhandahåller dem en viss service. De har viss möjlighet att utveckla behandlingsformen efter eget tycke, men måste samtidigt anpassa sig efter vad uppdragsgivarna eftersöker.

## **7 SAMMANFATTANDE DISKUSSION**

Dubbeldiagnos har uppmärksamrats mer och mer på senare år, och även om det inte är ett nytt fenomen så har individer som lider av det varit en lågprioriterad grupp. Uppsatsens syfte har varit att undersöka hur professionella inom social omsorg runt dessa individer förhåller sig till och bemöter dem. För att uppfylla syftet och besvara vår frågeställning har vi använt oss av kvalitativ metod och semistrukturerade intervjuer där vi intervjuat två socialsekreterare, två representanter från brukarorganisationer, en läkare, en föreståndare för ett behandlingshem för dubbeldiagnos och en behandlingsassistent.

Vår empiri har vi sedan analyserat med hjälp av teoretiska begrepp från det strukturella perspektivet samt från Malcolm Paynes diskussion om professionellt socialt arbete.

Vi kommer nu att presentera vårt resultat utifrån de frågeställningar vi haft som utgångspunkt.

## **7.1 Skillnader i bemötandet**

Skiljer sig bemötandet av en individ med dubbeldiagnos jämfört med en individ med enkel problematik?

Vår första fråga handlar om hur de professionella som arbetar med dessa individer förhåller sig till och bemöter dem, hur de pratar om dessa möten.

Nästan alla intervjupersoner ansåg sig inte bemöta dem annorlunda, men då vi frågade lite mer ingående kom det fram svårigheter i mötet som visade på att det trots allt kunde skilja sig ganska mycket mot att möta en individ med enkel problematik. Det var endast Socialsekreterare 1 och Brukarrepresentant 2 som från första början påpekade skillnaderna och svårigheterna i mötet.

Vi tror att detta kan botten i att de flesta professionella har det i sig att bemötandet skall vara professionellt och lika för alla, oavsett problembild. Då man får en fråga om sitt bemötande vill man inte som professionell visa på brister och hinder, utan man vill framstå som kompetent, kunnig och fördomsfri.

### **7.1.1. Hur placeringen i Triangeln återspeglas i mötet**

Vi uppfattar att socialsekreterare i många fall har svårt att arbeta professionellt inom socialtjänsten då det oftast råder obalans mellan att tillgodose klienternas behov och rättigheter å ena sidan, och krav om besparingar och effektivitet å andra sidan. Hur socialsekreterarna lyckas förhålla sig till denna lojalitetskonflikt mellan klienten och organisationen, och skapa en balans beror på hur de ser på sig själva och sin professionella roll. Vi upplever att spänningsfältet här emellan är något som i hög grad påverkar hur socialsekreterarnas arbete och möte med klienten ser ut.

Så, när det kommer till Socialsekreterarnas placering, anser vi att de egentligen skulle kunna placeras i mitten av triangeln. Även om mycket av deras arbete hamnar på individnivå så försöker de även påverka systemet i stort genom att påpeka och uppmärksamma brister och kräva mer resurser för ett mer individanpassat system. De försöker arbeta och påverka uppåt men har egentligen ingen makt att förändra på en strukturell nivå. Socialsekreterarna försöker se till individens bästa, men måste samtidigt förhålla sig till organisationens regler och policy.

Vi har placerat Brukarorganisationerna mellan det terapeutiskt reflexiva synsättet och det transformistiska synsättet, där mötet återspeglas genom ett arbete delvis på kamratnivå. De

arbetar på ett annat sätt än vad socialsekreterarna gör; de erbjuder stöd i annan form och vet vad de går igenom av egen erfarenhet. De besitter inte någon egentlig makt, men driver frågor och försöker förändra på den strukturella nivån genom att uppmärksamma gruppens situation.

Läkaren, Föreståndaren och Behandlingsassistenten anser vi ligger närmast det terapeutiskt reflexiva synsättet, men de lutar även lite åt social ordning. Det mesta arbetet sker på en individnivå, men de måste samtidigt anpassa verksamheten till samarbetspartners och uppdragsgivare. Detta innebär dels att de kan vara begränsade av de andra verksamheterna då de är beroende av dem, men också att de arbetar mot att överbygga hinder som kan uppstå dem emellan och därmed förbättra och göra servicen mer effektiv. Placeringen närmast det terapeutiskt reflexiva synsättet återspeglas i mötet genom behandling och terapi. Lutningen åt social ordning anser vi återspeglas i mötet genom att det är viktigt med ett gott samarbete med aktörerna runt omkring för att klienten ska kunna få ut mesta möjliga av sin behandling.

Alla tre synsätten är viktiga, men vi tror att det kan vara svårt att kombinera dem i en och samma yrkesroll. Samtidigt som det är viktigt att kunna se problemen ur ett helhetsperspektiv, uppmärksamma och påpeka brister i systemet, så bör kanske enskilda yrkesgrupper kunna få koncentrera sig på sina uppgifter i arbetet med klienten på individnivå, och att klienten ska få stå i centrum.

Då det kommer till dem som arbetar med dubbeldiagnos, är det så klart de som ser vad som är problematiskt och vad som behöver åtgärdas, exempelvis när det gäller samverkan med andra aktörer, men lösningen tycks inte vara att de ska behöva arbeta på alla fronter samtidigt då risken är stor att klienterna åsidosätts och inte får tillräcklig uppmärksamhet och hjälp.

## **7.2 Problemhantering**

Vilka problem eller svårigheter kan uppstå i mötet mellan professionell och individ med dubbeldiagnos, och hur hanteras dessa?

Det finns en del problem i mötet med dubbeldiagnosklienter som våra intervjupersoner pekat ut som specifikt. Vi tänker att mycket av problematikens grund ligger i att intervjupersonerna anser att klienterna med dubbeldiagnos är mer krävande och har en mer komplicerad problematik än andra klientgrupper. De har en något annorlunda syn på dem just för att de inte har en klar uppfattning om hur de ska handskas med deras situation och problematik.

Ett exempel på detta som vi tog upp i analysen, är vad Föreståndaren uppgett om att vårdcentralen ofta inte är särskilt välkomnande gentemot en individ med dubbeldiagnos då de känner att det är svårt att veta hur man ska hjälpa, samt att rädsla kan ligga bakom. Brukarrepresentant 2 pratade även han om bemötande inom vården, och menade att doktorer ofta ser ner på en och tycker att situationen är självförvållad. Enligt doktorn får man skylla sig själv om man mår dåligt. Läkaren uppgav att arbetet med dessa individer inte är särskilt populärt, då klienterna många gånger är svårhanterliga.

Socialsekreterarna hanterar en del av problemen som kan uppstå i mötet genom att förhålla sig mer observant, eller försiktigt, till individerna då de inte riktigt kan veta i vilket tillstånd klienten befinner sig i. De försöker läsa mellan raderna och anpassar exempelvis mötestiden till vad de tror att klienten klarar av. Socialsekreterare 1 nämner att hon har respekt för dem då de kan vara farliga och vill inte utsätta sig för vad som helst. Samtidigt som vi förstår socialsekreterarens tankar om att hon inte vill utsätta sig för situationer som kan vara farliga, tänker vi att det kan resultera i ett avståndstagande som speglar av sig i relationen med klienten.

Allt detta ser vi som tecken på ett dåligt bemötande; att de inte är välkomna samt att de professionella inte vet hur de ska handskas med dem. Inom socialtjänsten försöker man möta individen där den är, vilket är positivt, men samtidigt tycker vi oss se att de trots allt har en något förutfattad bild av dessa individer redan innan mötet. Det kan dock kanske vara svårt att förhålla sig neutral om man fått reda på att man kommer att ha och göra med en schizofren missbrukare.

### **7.3 Samarbetssvårigheter**

Vilka problem uppstår i samarbetet mellan socialtjänsten och psykiatrin?

Att samarbetet mellan socialtjänsten och psykiatrin präglas av problem och olika uppfattningar om vem som bör ta ansvar i olika situationer är inget nytt.

Ansvar är i sig en bedömningsfråga mellan socialtjänsten och psykiatrin, där de ofta försöker överlåta klienter till den andra instansen. Här anser dock psykiatrin att de har tolkningsföreträde framför socialtjänsten för att avgöra var klienten passar in. Fastän Läkaren är medveten om svårigheten i att bedöma vilket tillstånd som är det mest akuta att behandla, och att klienten riskerar att falla mellan stolarna, så tycker han ändå att de har en bättre förmåga än socialtjänsten att avgöra detta.

Vi tycker inte att det är professionellt att resonera på det här sättet. Trots att han är medveten om risken att klienten kan komma att fara illa, då insatserna inte samordnas, tycks han tro att psykiatrin står högre upp än socialtjänsten och därmed har rätt att göra lite hur de vill.

På grund av att det ofta är oklart vem som tar ansvar för dessa individer är vår uppfattning att det kan hända som Läkaren uttryckt det att de faller mellan stolarna, och att de betraktas av både socialtjänst och psykiatri som hopplösa fall. Detta är också något som en av oss upplevt under sin praktiktermin på vuxenbasen.

Vi tror att en anledning till att de bollar klienter emellan sig kan vara en rädsla för kostnadsövertäckningar. Både socialtjänsten och psykiatrin måste förhålla sig till knappa resurser vilket innebär att de försöker få den andra organisationen att ta mer ärenden som de inte anser att de har den rätta kompetensen att hjälpa och därmed slipper finansiera.

Båda organisationerna tycker att samarbetet dem emellan är av oerhörd stor vikt för att kunna erbjuda klienterna adekvat hjälp. De försöker genom bland annat samverkansmöten och tätare kontakt att samordna sina insatser, men i praktiken hittar man stora brister. Ett av problemen vi tagit upp är att det inte finns någon huvudansvarig för klientgruppen med dubbeldiagnos, utan ansvaret faller på socialtjänsten och psykiatrin tillsammans. När det är otydligt vem som har ansvaret uppstår problem för att kunna utföra ett professionellt arbete då risken finns att saker och ting inte blir gjorda eftersom man förlitar sig på att någon annan tar på sig det.

En möjlig lösning skulle kunna vara en samverkansenhet med uppgift att fördela arbetet mellan socialtjänsten och psykiatrin och få de att integrera sina insatser på ett sätt som gynnar klienten.

Fastän samarbetsproblemen som vi nämnt inte är något nytt, är det fortfarande viktigt att belysa och uppmärksamma den ibland ohållbara situationen mellan socialtjänsten och psykiatrin som drabbar klienten i slutändan. Vi anser att de behöver samordna och integrera sitt arbete på ett bättre sätt, vilket vi också tror skulle leda till ett bättre förhållningssätt gentemot klienterna.

Det du tror om mig, Sådan du är mot mig

Hur du ser på mig, Vad du gör mot mig

Hur du lyssnar på mig, Sådan blir jag!

Håkan Jenner (1987)



## REFERENSER

- Andersson, G. och Swärd, H (2008) ”Etiska reflektioner”. I Anna Meeuwisse, Hans Swärd, Rosmari Eliasson-Lappalainen & Katarina Jacobsson (red.): *Forskningsmetodik för socialvetare*. Stockholm : Natur och Kultur
- Aspers, P (2007) *Etnografiska metoder : att förstå och förklara samtiden*. Malmö : Liber
- Bartz, A. och Futterman, R. (2008) “Psychologically-Based Vocational Rehabilitation for Co-Occurring Disorders:A Manualized Group Treatment Model”. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, Vol. 3 Issue 3/4, p243-261, 19p.
- Blennberger, E (2006) ”Etik för socialt arbete”. I Anna Meeuwisse, Sune Sunesson & Hans Swärd (red.): *Socialt arbete En grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur
- Bolman, L. G & Deal, T. E (2005) *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur
- Eek, U (1998) “Integrerad behandling för svårt psykiskt störda missbrukare i öppenvård”. I Arne Gerdner och Örjan Sundin (red.): *Dubbel Trubbel Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*. Örebro: Rustung AB
- Goldberg, T (2000) *Narkotikan avmystifierad Ett psykosocialt perspektiv*. Solna: Academic Publishing of Sweden
- Halvorsen, K (1992) *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur
- Heilig, M (2004) *Beroendetillstånd*, Lund: Studentlitteratur
- Husom Løken, K (2007) “Svaga röster ska också höras – brukarmedverkan inom den psykiska hälso- och sjukvården”. I Ole Petter Askheim och Bengt Starrin (red) *Empowerment i teori och praktik*. Kristianstad: Gleerups Utbildning AB
- International Encyclopedia of Social & Behavioral Sciences (2001)
- Jenner, H (1987) *Motivation hos missbrukare och behandlare*. Lund:Studentlitteratur
- Johansson, K och Wirbing, P (2005) *Riskbruk och missbruk : alkohol - läkemedel - narkotika : uppmärksamma, motivera och behandla inom primärvård, socialtjänst och psykiatri*, Stockholm: Natur och kultur
- John, A och Renner, Jr (2004) “How to Train Residents to Identify and Treat Dual Diagnosis Patients” *Society of Biological Psychiatry*, 2004;56:810–816
- Landstinget i Uppsala Län (2002) ”Psykisk ohälsa hos vuxna” (elektroniskt) <[http://www.lul.se/upload/831/Psykisk\\_oh%C3%A4lsa\\_hos\\_vuxna\\_program.pdf](http://www.lul.se/upload/831/Psykisk_oh%C3%A4lsa_hos_vuxna_program.pdf)> (2010-04-20)
- Lipsky, Michael (1980) *Street-Level Bureaucracy Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation

- May, T (2001) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur
- Norström, C och Thunved, A (2008) *Nya sociallagarna*. Stockholm: Nordstedts Juridik AB
- Payne, M (2006). *What is professional social work?* Bristol: Policy press
- Repstad, P (1999) *Närhet och distans Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*, Lund; Studentlitteratur
- Repstad, P (2005) *Sociologiska perspektiv i vård omsorg och socialt arbete*, Lund; Studentlitteratur
- Riksförbundet för social och mental hälsa (2008) ”Om psykisk ohälsa” (elektronisk) RSMHs officiella hemsida <[http://www.rsmh.se/om\\_psykisk\\_ohalsa.shtml](http://www.rsmh.se/om_psykisk_ohalsa.shtml)> (2010-03-15)
- Rønning, R (2007) ”Brukarmedverkan och empowerment – gammalt vin i nya flaskor?” I Ole Petter Askheim & Bengt Starrin (red): *Empowerment i teori och praktik*. Kristianstad: Gleerups Utbildning AB
- Socialstyrelsen (2010) ”Omfattning” (elektronisk) Socialstyrelsens officiella hemsida <<http://www.socialstyrelsen.se/missbrukochberoende/samsjuklighet/omfattning>> (2010-03-17)
- Socialstyrelsen (2010) ”Samsjuklighet” (elektronisk) Socialstyrelsens officiella hemsida <<http://www.socialstyrelsen.se/missbrukochberoende/samsjuklighet>> (2010-03-17)
- Stewart, Sherry H. & Conrod, Patricia J. (red.), *Anxiety and substance use disorders [Elektronisk resurs] : the vicious cycle of comorbidity*, Springer Science+Business Media, LLC, Boston, MA, 2008
- Svensson, J (1999) ”*Dubbeldiagnos*” *Gnistan och Nyängsvägen – Ett samverkansprojekt för missbrukare med psykiska störningar*. Fou-enheten/psykiatri Västra Stockholm. Stockholm: Elanders Gotab
- Swärd, H och Starrin, B (2006) ”Makt och socialt arbete”. I Anna Meeuwisse, Sune Sunesson & Hans Swärd (red.): *Socialt arbete En grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur
- Öjehagen, A och Berglund, M (2000) ”Psyiskt störda missbrukare”. I Mats Berglund, Sven Andreasson, Anders Bergmark, Jan Blomqvist, Lars Lindström, Lars Oscarsson, Gunnar Ågren och Agneta Öjehagen (red.): *Behandling av alkoholproblem En kunskapsöversikt*. Stockholm: Liber AB

## **BILAGA 1**

### Introduktionsbrev

Vi är två studenter som läser på Socionomprogrammet vid Socialhögskolan i Lund, och nu håller vi på med vår C-uppsats som syftar till att belysa situationen för individer med dubbeldiagnos.

Vi vänder oss till Er då Ni har fältkunskaper om dessa individer, och vore mycket tacksamma om Ni ville ställa upp på en intervju så att vi kan få inblick i Ert arbete.

Intervjun, som tar max en timma, kommer med Er tillåtelse att spelas in på band för att lättare kunna bearbeta materialet efteråt.

Ni kommer självklart att aidentifieras i vår uppsats, och intervjumaterialet kommer för övrigt att förstöras så fort vi är godkända på kursen.

Om Ni har några frågor eller funderingar så kontakta oss gärna!

Handledare Anders Lundberg, mailadress: [REDACTED]

Med vänliga hälsningar,

Andrijana Todorovic [REDACTED]

Annika Nilsson [REDACTED]

## BILAGA 2

### INTERVJUGUIDE

- 1 Hur kommer organisationen Ni arbetar inom i kontakt med individer med dubbeldiagnos?
- 2 Hur skiljer sig mötet med en individ med dubbeldiagnos jämfört med en som endast har ett av problemen? Ses individer med dubbeldiagnos som en hopplös grupp?
- 3 Kan Ni beskriva vilka svårigheter eller problem som kan uppstå i mötet med en individ med dubbeldiagnos? Hur hanteras dessa? (Händer det att Ni vet om att en klient sidomissbrukar, men Ni låter honom gå på behandlingen ändå?)
- 4 Hur ser hjälpen ut som kan erbjudas en individ med dubbeldiagnos? Kan man få hjälp för båda problemen samtidigt?
- 5 Hur upplever Ni ert handlingsutrymme i förhållande till de lagar och regler som Ni måste förhålla Er till? Ser verkligheten annorlunda ut än vad reglerna föreskriver?
- 6 Hur ser könsfördelningen ut av dem som söker hjälp för dubbeldiagnos?
- 7 Finns det någon skillnad i att arbeta med en individ med dubbeldiagnos beroende på om det är en kvinna eller man? Vad kan det bero på?
- 8 Hur upptäcks problematiken? Upplever Ni att individen söker hjälp för både psykisk ohälsa och missbruk, eller endast för den ena problematiken och den andra kommer fram senare? Hur fungerar samarbetet mellan socialtjänsten och psykiatrin?
- 9 Fungerar det att ge en individ med dubbeldiagnos friheten att ta eget ansvar, eller krävs det kontroll för att behandlingen ska bli framgångsrik?