



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Svårhjälpna, passiva och ohörda

– Medias beskrivning av samsjuklighet och de som drabbas

Emelie Lindgren & Chantee Johansson

Kandidatuppsats (SOPA63)
VT 2020

Handledare: Tove Harnett

Abstract

Authors: Emelie Lindgren and Chantee Johansson

Title: Unhelpable, passive and unheard – Medias description of dual diagnosis and those affected

Supervisor: Tove Harnett

Assessor: Anna Rypi

Media shapes the public's perceptions of social problems and how we understand the people affected by them. This study investigates the shaping of dual diagnosis, a concept that refers to the co-occurrence of a mental illness and substance use, a phenomena that has gained increased prominence in the last decades. While those suffering from dual diagnosis rarely have their voices heard in research, they are typically described as vulnerable to falling 'between the gaps' of service systems. The aim of this study was to examine how dual diagnosis was constructed in Swedish daily press. Through the search database Retriever 64 articles were selected and analyzed using Jönson's coding scheme on the constructions of social problems. Theoretically the study was guided by Loseke's theory on claims making and constructions of problems.

The results showed that the social problem of dual diagnosis was constructed by the articles to be a serious, complex and shameful problem, associated with other problems such as suicide, isolation and poverty. The people suffering from dual diagnosis was consistently described as physical objects, being shuffled around the system. Their perspective were absent in the majority of the articles. The solutions consisted of improvement of the health care system and legislative changes, constructed as simple and immediately applicable.

Key words: dubbeldiagnos, samsjuklighet, dual diagnosis, dual diagnosis substance abuse and mental illness, co-occurring mental illnesses and substance use disorder

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Tove Harnett, som med ett stort engagemang väglett och motiverat oss under arbetet med denna uppsats.

Emelie Lindgren

Chantee Johansson

Helsingborg, juni 2020

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	5
1.1. PROBLEMFÖRMULERING	5
1.2. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	7
2. BAKGRUND	7
2.1. LAGSTIFTNING	8
2.2. BEGREPP	9
3. KUNSKAPSLÄGE	9
3.1. DEFINITION AV EN BRED PROBLEMATIK	10
3.2. SYNLIKGÖRANDET AV SAMSJUKLIGAS LIVSVILLKOR	11
3.3. BEHANDLING OCH SAMVERKAN – EN EVIG DISKUSSION	12
4. TEORI	14
4.1. SOCIALKONSTRUKTIONISTISK TEORI	14
4.2. CLAIMS OCH CLAIMS-MAKING	15
5. METOD	16
5.1. METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN	16
5.2. ARBETSFÖRDELNING	17
5.2.1. Genomförande av sökning	17
5.2.2. Första genomläsningen	18
5.3. INSAMLING AV EMPIRI	18
5.4. ANALYSMETOD	20
5.4.1. Inför och under kodningen	20
5.4.2. Efter kodningen	21
5.5. METODENS TILLFÖRLITLIGHET	21
5.6. ETISKA ÖVERVÄGANDEN	22
6. RESULTAT OCH ANALYS	23
6.1. SAMSJUKLIGHET: ETT ALLVARLIGT, KOMPLEXT OCH SKAMFULLT PROBLEM	24
6.2. DE DRABBADE: PASSIVA, OBJEKTIFIERADE BÄRARE AV NEGATIVA ASSOCIATIONER	26
6.3. ANHÖRIGA: AKTIVA OCH IHÄRDIGA, MEN OCKSÅ KRAFTLÖSA OCH UTMATTADE	29
6.4. ALLAS OCH INGENS ANSVAR	30
6.5. LÖSNINGAR: RÄTT BEHANDLING OCH SAMVERKAN	32
6.5.1. Rätt behandling	32
6.5.2. Samverkan	34
6.6. SAMMANFATTNING	38
7. AVSLUTANDE DISKUSSION	39
7.1. ÅTERKOPPLING TILL FRÅGESTÄLLNINGAR	40
7.2. METODOLOGISKA KONSEKVENSER	42
7.3. ETT PERSPEKTIV SOM SAKNAS	43
8. LITTERATURLISTA	44
8.1. LITTERATUR	44
8.2. EMPIRI	46
9. BILAGA 1: KODNINGSSCHEMA	49

1. Inledning

1.1. Problemformulering

Förekomsten av två sjukdomstillstånd samtidigt benämns med termen samsjuklighet, och är ett tillstånd som medför behov av vård från flera verksamheter (Socialstyrelsen 2019a, s. 7). Tillståndet samsjuklighet kan exempelvis innebära ett substansberoende kombinerat med en psykiatrisk diagnos (Sveriges Kommuner & Regioner 2020, s. 11). Socialstyrelsen visar i en kartläggning av psykisk ohälsa och beroendeproblematik i Sverige att:

51 835 personer (10 år och äldre) vårdades för intag av beroendeframkallande substanser 2017. Av dessa hade 64 procent av kvinnorna och 52 procent av männen också vårdats för en eller flera psykiatriska diagnoser under perioden 2016–2018 (Socialstyrelsen 2019a, s. 7).

Samsjuklighet är ett utbrett och växande socialt problem i Sverige, och världen. Det kan tänkas att det sedan länge har funnits personer som haft både psykisk ohälsa och beroendeproblematik, men det är först nu det definieras som ett socialt problem som erfordrar en egen term. Detta gör att det uppfattas som ett relativt nytt problem, och det råder fortfarande viss förvirring gällande terminologi och definition av problemet. Avgränsningarna är inte helt samstämmiga, och det kan antas att definitionen kommer att göras mer explicit med tiden. En sådan utveckling kan även antas få följder som öknings i statistiken gällande samsjuklighet i Sverige.

Det finns studier som framhåller att patienter med samsjuklighet har svårare att tillgodogöra sig och fullfölja behandling, än de patienter som enbart har en diagnos (Kelly & Daley 2013). Samsjuklighet kan således tolkas som ett komplext problem. Dessutom är det, liksom psykisk ohälsa, ett problem som växer. Det publiceras rapporter som behandlar psykisk ohälsa hos bland annat unga (Socialstyrelsen 2019a, s. 7), äldre (Folkhälsomyndigheten 2019, s. 10) samt de som är inriktade på genusperspektiv (Socialstyrelsen 2019a, s. 44). Genom en ökande förekomst av psykisk ohälsa ökar också risken att fler människor utvecklar samsjuklighet. Lösningen på samsjuklighet som socialt problem förefaller självklar i svenska rapporter och utredningar, nämligen samverkan mellan sjukvård och socialtjänst. Fokus i dessa har varit hur professionella bör hantera relationen till andra professionella, i andra organisationer och myndigheter. Trots

denna samstämmighet verkar samverka kring patientgruppen inte fungera optimalt. Likaså finns det fler personer den professionella behöver förhålla sig till, nämligen de drabbade. En grundläggande princip i Socialtjänstlagen är personcentrerad vård. Med detta menas att en individuell bedömning och anpassning av resurser, behov och förutsättningar ska genomföras, *med patientens involvering*, vid vårdbeslut och framtida behandling (Socialstyrelsen 2019a, s. 14).

Analysen i denna studie har genomförts utifrån ett socialkonstruktionistiskt perspektiv, där vi undersökt konstruktionen av samsjuklighet som socialt problem. Loseke (2003, s. 7) menar att ett fenomen definieras som ett socialt problem om det anses vara fel, utbrett, möjligt att förändra och om människor också är överens om att det bör förändras. Att denna uppsats fokuserar på konstruktionen av sociala problem, innebär inte att vi motsätter oss att samsjuklighet är ett socialt problem. Det betyder snarare att vi är intresserade av vad samsjuklighet som socialt problem för med sig, vad som konstrueras som kännetecknande för problemet, hur tänkbara förändringar konstrueras samt hur personer som drabbas gestaltas. Dessa konstruktioner är viktiga att förstå eftersom de påverkar vilka insatser och åtgärder som utformas för att komma fram till en lösning av problemet (Loseke 2003, s. 15 f.). Konstruktionen av sociala problem är en central del av det sociala arbetet, eftersom det får betydelse både för hur vi kan förstå ett problem, samt vilka möjligheter vi har att förändra det.

Under hösten 2018 sändes Uppdrag Granskningens reportage *Vem kan rädda Sanne?* för Sveriges Tv-publik. Reportaget skildrade en ung kvinna som drabbats av samsjuklighet, och den kamp som hon och hennes anhöriga tvingades utkämpa för att hon skulle få rätt vård. En del av tittarna ställde sig frågande till hur stödet för personer med psykisk ohälsa och beroende egentligen är organiserat i Sverige. Genom detta reportage var Sveriges Television delaktig i att konstruera en bild av den drabbade, hennes engagerade men slutkörda anhöriga, och framförallt problemets konsekvenser. Problemet fick ansiktet av en ung kvinna, med obehandlad anorexi, beroendeproblematik och återkommande psykoser. Hon föll mellan stolarna och istället för att vårdas levde Sanne i hemlöshet och utsattes för sexuella övergrepp. På liknande sätt konstrueras sociala problem genom andra former av media. Loseke (2003, s. 41) menar att även om mottagaren av media, dess publik, inte nödvändigtvis tror på allt som den ser och hör, är massmedia en viktig informationskälla. Att människor bedömer något som ett ”problem viktigt för samhället”, beror i större utsträckning på medias rapportering om tillståndet, än på deras egen personliga erfarenhet (Loseke 2003, s. 41). På så sätt argumenterar författaren för att det

som presenteras genom massmedia, är vad människor *kan* tänka på (ibid.). Genom detta resonemang kan vi förstå varför medias konstruktion av sociala problem också påverkar hur dessa problem hanteras. Tänkbara lösningar som lyfts fram av media kan få betydelse för hur politiken utformas och hur människor väljer att rösta. Det finns emellertid också lösningar och vinklar av problemet som media *inte* lyfter fram, och som med Losekes argument ovan därför inte fångas upp av publikens medvetande. Att samsjuklighet som socialt problem, och term, ännu är relativt oetablerad hos allmänheten, förstärker betydelsen av hur media skriver om ämnet. Människors bild av samsjuklighet är avhängig hur media formulerar, förmedlar och konstruerar denna bild. Därför har vi valt att undersöka just medias beskrivningar av problemet, med fokus på hur det skildras i svensk press.

1.2. Syfte och frågeställningar

Syftet med den här uppsatsen är att med utgångspunkt i ett socialkonstruktionistiskt perspektiv undersöka hur samsjuklighet skildras i svensk tryckt press med hjälp av följande frågeställningar:

- Hur framställs samsjuklighet som socialt problem i svensk dagspress?
- Hur konstrueras bilden av de som drabbas och deras anhöriga?
- Vilka lösningar formuleras och vem skildras som ansvarig för dessa?

2. Bakgrund

Denna uppsats föregås av en rapportering kring undermålig behandling av människor med samsjuklighet. Många styrningsdokument, policys och riktlinjer sätter fokus på hur den bristande samverkan kring patientgruppen ska hanteras, något som vi återkommer till i uppsatsens kunskapsläge. Men för att förstå diskussionen kring samverkan krävs också lite bakgrund bestående av lagstiftning och begreppsförklaring, vilket kommer att presenteras i detta avsnitt.

2.1. Lagstiftning

Enligt 5 kap. 9 § av Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) har socialnämnden övergripande ansvar för att människor med beroendeproblematik får den vård och hjälp de behöver för att avhjälpa sitt beroende. Av 5 kap. 9a § SoL (Socialtjänstlagen) framgår att kommun och region ska samarbeta när det gäller personer med skadlig överkonsumtion av beroendeframkallande substanser, spel, med mera. Ett sådant samarbete ska enligt 5 kap. 8 § 2 st. av SoL också ske när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning.

För att kunna följa med i resultat- och analysdelen i denna uppsats är det särskilt relevant att känna till ytterligare två lagar: Lag om vård av missbrukare i vissa fall (SFS 1988:870) och Lag om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128). I den förstnämnda, som förkortas LVM, står i 1 § att:

De i 1 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) angivna målen för samhällets socialtjänst skall vara vägledande för all vård som syftar till att hjälpa enskilda människor att komma ifrån missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel. (SFS 1988:870)

LVM innehåller bestämmelser om dels frivillig vård, dels tvångsvård. Av 4 § LVM framgår att de villkor som behöver uppfyllas för att en person ska tvångsvårdas för sitt beroende är att personen är i behov av sådan vård, att dennes vårdbehov inte kan tillgodoses enligt SoL samt att personen genom sitt missbruk utsätter sig själv eller andra för fysisk eller psykisk skada. Av andra stycket i 4 § LVM framgår också att:

Om någon för kortare tid ges vård med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård hindrar detta inte ett beslut om tvångsvård enligt denna lag. (SFS 1988:870)

Lag om psykiatrisk tvångsvård, som förkortas LPT, reglerar öppen och sluten psykiatrisk tvångsvård. I 3 § LPT framgår att villkoren som måste uppfyllas för psykiatrisk tvångsvård är att patienten lider av en allvarlig psykisk störning och har ett ofrånkomligt behov av psykiatrisk vård som enbart kan ges genom sluten psykiatrisk tvångsvård, eller genom öppen psykiatrisk tvångsvård.

Det finns också bestämmelser gällande myndigheters skyldighet att uppmärksamma patienters situation och behov av vård. 6 § LVM innebär att myndigheter, som regelbundet har kontakt med människor med beroende, har en skyldighet att anmäla till socialnämnden om det kan antas att en person är i behov av vård. 6 § 2 st. LVM gäller läkares skyldighet att göra en sådan anmälan, om det föreligger två villkor. Det första är att det kan antas att personen behöver ett omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM. Det andra är att läkaren gör bedömningen att personen inte kan få den vården tillgodosedd inom ramen för läkarens egen omvårdnad eller i övriga sjukvården.

Övriga lagar som inte kommer lyftas i uppsatsens analys, men som är beaktansvärda när det kommer till problematiken samsjuklighet, är exempelvis Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30), Patientlagen (SFS 2014:821), Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) och Lag om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet (SFS 2003:192), som också överlappar varandra.

2.2. Begrepp

Det råder en begreppsförvirring både gällande begreppet samsjuklighet och det närliggande begreppet dubbeldiagnos. I en svensk kontext används dessa begrepp ofta överlappande, medan engelskspråkig forskning benämner fenomenet *double diagnosis*, *dual diagnosis* och *co-occurring mental illness and substance use disorder*. Eftersom vår sökning efter empiri gjordes genom att använda både begreppet samsjuklighet och begreppet dubbeldiagnos, kan det senare förekomma i citat från empirin. Med undantag från det kommer vi enbart att använda begreppet samsjuklighet i den här uppsatsen.

3. Kunskapsläge

För att hitta forskning som bidragit till kunskapen om samsjuklighet har följande sökord och ämnesval använts: *”double diagnosis”, comorbidity, alcoholism, dual diagnosis, adulthood (18 yrs & older), depression, drug abuse, substance abuse, mental disorders, alcohol dependence, drug addiction* och *substance use disorder*.

Det vi har valt att presentera i detta avsnitt är sådan forskning som relaterar till de ämnen vi fann frekvent förekomst av i vår empiri. Dessa ämnen var behandling av samsjuklighet, samsjukliga som en speciell och komplex patientgrupp samt behovet av samverkan vid behandling av samsjuklighet. Forskningen som redogörs i detta avsnitt är samstämmig i att behandlingen behöver ha en psykosocial approach, och det finns också förslag på professionsöverskridande samverkan i flera av studierna. Att livssituationen för patienter med samsjuklighet skulle förbättras avsevärt genom att säkerställa en hållbar social situation, genom arbets- och bostadsförhållanden, framgår i en av artiklarna. Den studien poängterar också att brukarstödet för patientgruppen behöver utvecklas.

3.1. Definition av en bred problematik

Subodh, Sharma och Shah (2018) refererar till The National Library of Medicine som angivit termen samsjuklighet ("Diagnosis, Dual") som formellt konstruerad 1994. Detta på grund av att det ofta förekom att narkotika- och alkoholberoende klienter hade olika former av psykisk ohälsa. Enligt Subodh, Sharma och Shah (2018) har samsjuklighet existerat under en längre tid än så. Vid sökning på samsjuklighet via en svensk databas, Nationalencyklopedin, blir vi hänvisade till en artikel om komorbiditet. Komorbiditet beskrivs föreligga när en person har fler än en sjukdom samtidigt. Den ena sjukdomen kan ha påverkat att den andra sjukdomen utvecklades, men den kan också ha utvecklats utan att man känner till något orsakssamband (Nationalencyklopedin u.å.). I artikeln hänvisas enbart till somatiska sjukdomar, så som diabetes och benskörhet, och inte till psykiska sjukdomar eller beroendesjukdom (ibid.).

Waal (1998) bidrar till forskningen kring varför människor utvecklar ett beroende, genom sin forskningsrapport *Understanding the incomprehensible, Limited rationality as an approach to "double-diagnosis" patients*. Han lyfter fram exempel på förebyggande faktorer: livssituationer som anses förebygga risken att utveckla ett beroende, och predisponerande faktorer: livssituationer som anses förstärka risken att utveckla ett beroende. Författaren poängterar också att både djur och människor som introducerats för beroendeframkallande ämnen har svårigheter att på egen hand avstå upprepad intagning av ämnet. Denna biologiska förklaring till drogers starka inverkan på både människor och djur, stärker betydelsen av att den vård som människor med beroende får, är effektiv och välfungerande. Waal (1998) beskriver en historisk

utveckling som medfört att både psykossjukdomar och beroendesjukdomar ses som biologiska, neurologiska sjukdomar. Vidare tar han upp att utvecklingen i synen på dessa sjukdomars art, kan leda till negativa konsekvenser för den som har en sådan sjukdom. Sådana konsekvenser, argumenterar författaren, kan vara att intresset för de sociala faktorerna minskar och att behandlingen sätter fokus på att enbart hantera problemen utifrån neurologiska aspekter. Detta kan medföra att stöd som tar hänsyn till de sociala faktorerna reduceras, exempelvis det som ges inom ramen för socialt arbete (Waal 1998).

I senare studier har problematiken kring de psykosociala behoven beskrivits som komplexa och samsjukliga som patientgrupp har ansetts behöva stöd och insatser utöver det som ges professionellt för att hantera samsjukligheten (Skogens, von Greiff & Topor 2018). Bland annat ansågs sociala faktorer ha stor betydelse för återhämtningsprocessen i Skogens, von Greiff och Topors (2018) studie där majoriteten av de fyrtio intervjupersonerna som levde i samsjuklighet talade om och värdesatte det sociala nätverket. För att initiera eller bibehålla en återhämtning, förhindra ett återfall i framtiden och att stärkas som människa, lyfte intervjupersonerna ett antal faktorer som positiva. Dessa var stödgrupper involverande individer med liknande problematik, brukarstöd, samt omständigheter som bostadsförhållanden och position på arbetsmarknaden. Det psykosociala stödet som hade betydelse för återhämtningsprocessen, innebar med andra ord att arbeta för en hållbar social situation och att finna mening i livet.

3.2. Synliggörandet av samsjukligas livsvillkor

Waal (1998) menar att patienter som har en samsjuklighet borde betraktas som personer med dubbel, biologisk, funktionsnedsättning. Beskrivningen av samsjukligas livsvillkor är mer omfattande i Skogens, von Greiff och Topors (2018) studie. Intervjupersonernas sociala nätverk beskrevs med variation, men generellt som svagt. En majoritet av intervjupersonerna hade ingen kontakt med någon av sina familjemedlemmar. Hälften av personerna var arbetslösa och de flesta bodde på stödboende eller hade annan hjälp gällande boendet. Flertalet erhöll någon form av sjukersättning och knappt hälften av deltagarna hade någon form av sysselsättning (Skogens, von Greiff & Topor 2018). Sammanfattningsvis är denna beskrivning mer utförlig än Waals (1998). Den pekar på svåra livsomständigheter för intervjupersonerna, med problem som dels är komplexa, dels omfattar stora delar av livet.

3.3. Behandling och samverkan – en evig diskussion

Redan 1998 argumenterar Waal (1998) för att behandlingen av samsjuklighet inte enbart kan fokusera på de medicinska aspekterna. Sådan behandling, menar han, bör främst nyttjas som metod då en patient har pågående psykos eller abstinens. Den långsiktiga behandlingen bör till stor del vara av psykosocial natur, ackompanjerad av medicinsk behandling, och inte enbart bestå av att behandla ”en hjärnsjukdom” (ibid.). Han redogör för olika psykologiska teorier och vilka deras svagheter respektive styrkor är i relation till behandling av samsjuklighet. Studien drar uppmärksamheten till teorin om ”Rational behavior”, som innebär att individer beter sig i enlighet med det som leder till maximal nytta. Författaren menar att både de tilltalande effekterna av narkotika och de negativa effekterna av att inte bruka narkotika, som abstinens, förstärker valet att fortsätta. Möjligheten att genomföra rationella val försvåras ytterligare för en människa med samsjuklighet, då både beroende och psykisk ohälsa (schizofreni i studien), medför svårigheter för rationella val. Subodh, Sharma och Shah (2018) lyfter, likt Waal (1998), argument för att en psykosocial behandlingsmetod är fördelaktig och att föredra vid behandling av samsjuklighet. Det framställs dock som ett mer invecklat arbetssätt, då det involverar fler professioner, i ett ”multidimensionellt team”. Deras studie *Psychosocial interventions in patients with dual diagnosis* behandlar vård av samsjuklighet vid beroende och psykisk ohälsa. Med hänvisning till tidigare forskning har de studerat olika typer av terapibehandlingar som är specifikt inriktade på viss samsjuklighet, exempelvis klienter inom psykiatri med låg motivation till att avsluta sitt bruk av narkotika eller alkohol, eller beroendeproblematik kombinerat med schizofreni.

Skogens, von Greiff och Topors (2018) intervjustudie *Initiating and maintaining a recovery process – experiences of persons with dual diagnosis* fokuserar på återhämtning från beroende. De spårar i studien interna och sociala faktorer som kan förklara att individer inleder en så kallad återhämtningsprocess. Intressant är att större delen av beskrivningarna från de intervjuade relaterar till beroendet snarare än den psykiska ohälsan, som startpunkter för att inleda en återhämtningsprocess. Sådant kunde röra sig om att beroendet försatt personen i otrevliga situationer, familjemedlemmar har sagt upp kontakten, med mera. Beskrivningar relaterade till psykisk ohälsa kunde handla om att exempelvis vakna upp efter ett suicidförsök.

I behandlingen av samsjuklighet involveras olika verksamheter. Denna tvärprofessionella aspekt kan medföra problem, något som Waal (1998) lyfter i sin studie. Studien är över 20 år gammal, men redan då diskuterades integrerad behandling och samverkan. Idén om samverkan som lösning på samsjuklighet är alltså ingen ny företeelse. Waal (1998) menar att det som händer är dels att ingen av verksamheterna tar ansvar för patienterna, dels att det är svårt att finna engagemang för den uppgiften. Resonemang kring tvärprofessionell samverkan förs även i slutsatsen av Waals (1998) rapport, där författaren uttrycker att det som behövs för att ge samsjukliga bättre förutsättningar är att kombinera kunskaper och erfarenheter från psykiatri, psykologin och det sociala arbetet (ibid.). Detta resonemang liknar det som förs i nutidens diskussioner kring ansvaret för samsjukliga, 22 år senare. I exempelvis Subodh, Sharma och Shahs (2018) studie, där det psykosociala tillvägagångssättet är centralt, förespråkas samarbete mellan professioner.

Avsaknaden av engagemang hos professionella gentemot patientgruppen, har enligt Waal (1998), sin grund i att samsjukligheten består av två ”icke botbara” sjukdomar. En beskrivning som kan betraktas som någorlunda sammanfallande, finner vi i Skogens, von Greiff och Topors (2018) studie. Där beskrevs psykisk ohälsa vara något som individerna lär sig att leva med, och beroendeproblem som något som individerna lämnar bakom sig. De är på så vis inte fullständigt ”botbara”. Även i denna studie lyftes samverkan, genom att författarna argumenterade för ett förbättrat samarbete mellan psykiatri och beroendevård (ibid.).

I Sverige ligger ansvaret för personer med samsjuklighet både hos socialtjänst och hälso- och sjukvården, vilket stärker behovet av samverkan. Redan i Socialdepartementets proposition från år 1981 framhölls att:

Principerna för gränsdragningen kan följaktligen inte ge en exakt vägledning om vilken vårdgivare som i varje enskilt fall har skyldighet att svara för att vårdbehovet tillgodoses. Detta förhållande får dock inte leda till att en människa i en viss situation inte får den vård och hjälp hon behöver. (Socialdepartementet 1981, s. 44)

Villkoret i propositionen innebär att problem med gränsdragning kring ansvaret för vården inte får försvåra patienters tillgänglighet till denna vård. Det är däremot inte vad vi kan se idag, samverkan kring denna patientgrupp har under de senaste åren istället uppfattats som bristfällig (Inspektionen för vård & omsorg 2017, s. 8) och i behov av förbättring (Socialstyrelsen 2019b).

Problem med samverkan mellan aktörer lyfts, som visats ovan, också i internationell forskning, vilket tyder på att det inte är ett problem unikt för Sverige.

4. Teori

4.1. Socialkonstruktionistisk teori

Analysen i denna uppsats har genomförts med utgångspunkt i det socialkonstruktionistiska perspektivet, där det centrala är hur människor förstår och skapar mening av världen (Loseke 2003, s. 13 f.). Socialkonstruktionister menar att människor genom språket och den sociala interaktionen tillägnar sig förståelse, förhållningssätt och begrepp för att beskriva både andra människor och företeelser (Thomassen 2007). Likaså sorterar människan fenomen och personer som vi ställs inför: vi kategoriserar vår omvärld för att begripliggöra den. Människors sätt att kategorisera världens innehåll tilldelas särskild mening inom socialkonstruktionismen, eftersom det anses påverka vårt beteende. Vilken innebörd ett fenomen tilldelas, hur det kategoriseras, får betydelse för hur vi agerar beträffande detta fenomen (Loseke 2003, s. 15 f.).

För att ett problem ska klassas som ett socialt problem krävs, som beskrivs i inledningen till denna uppsats, att det anses vara ett utbrett, önskat och förändringsbart tillstånd som människor är överens om också bör förändras (Loseke 2003, s. 7). Dessutom anses ett socialt problem uppstå först då det får en definition, en term och en mening (Loseke 2003, s. 14).

När något väl fått status som socialt problem, är det önskvärt att allmänheten, publiken, känner medlidande för de människor som drabbas av problemet. Loseke (2003, s. 79) sammanfattar vad som behövs för att publiken ska förmå sig att agera för att hjälpa: ”When claims motivate audience members to feel sympathy toward a social problem victim, they simultaneously motivate audience members to support claims that victims must be helped”. Det finns emellertid fyra villkor som måste uppfyllas för att publiken ska känna medlidande för den drabbade. Den drabbade ska uppfattas som oskyldig och utan ansvar för det som hänt; som moralisk och anständig; som att den befinner sig i en *väldigt* jobbig situation; som hjälpsökande eller i behov av hjälp genom sitt beteende (Loseke 2003, s. 79). Hur den drabbade beskrivs av media har därför betydelse för huruvida allmänheten anser att den drabbade förtjänar dess medlidande. I

förlängningen avgör detta också om de kommer engagera sig för att gruppen av drabbade ska få hjälp, eller ej.

4.2. Claims och claims-making

Människors meningsskapande, som beskrivs i avsnittet ovan, är inom socialkonstruktionismen också tätt sammanlänkat med sociala problem. För att ett problem ska definieras som ett socialt problem görs anspråk av olika aktörer, så kallade claims-makers. Dessa är personer som har möjligheten och makten att föra fram ett claim. Det kan handla om exempelvis aktivister, forskare eller massmedia (Loseke 2003, s. 21). Claims görs för att övertyga publiken att ett problem har särskild mening, och bör få status som socialt problem (Loseke 2003, s. 25). Publiken som mottar ett claim utvärderar dess trovärdighet, betydelse och angelägenhet (ibid.). Ett claim kan ske verbalt, visuellt eller genom handling. Verbala claims innebär att ett problem tillskrivs särskild mening genom ord, medan visuella claims sker genom att förmedla en synlig bild av ett socialt problem. Det kan exempelvis vara ett foto av ett svältande eller misshandlat barn. Ett sådant visuellt claim kan bli väldigt kraftfullt, och är ett effektivt sätt att väcka känslor och övertyga publiken om att barnfattigdom eller barnmisshandel inte kan tolereras (Loseke 2003, s. 26). Claims som består av ett visst beteende kan exempelvis handla om aktivister som genomför en viss typ av aktion. Det görs ofta med ett underliggande syfte; att först få publikens uppmärksamhet, för att sedan kunna föra fram sina verbala claims (Loseke 2003, s. 26).

Claims kan med andra ord formuleras med avsikten att få publiken att *tänka* på ett särskilt sätt, genom att presentera statistik eller forskning om exempelvis problemets utbredning (Loseke 2003, s. 27). En annan avsikt som kan ligga bakom ett claim är att få publiken att *känna* på ett visst sätt: medlidande för personerna som drabbas eller hat mot den som anses förorsaka skadan (ibid.).

När ett problem tillmäts så stor betydelse att det får status som ett socialt problem, för det med sig positiva konsekvenser både för de som drabbats och för hanteringen av problemet. Politiken, inflytelserika aktörer och allmänheten, tillskriver problemet mening. Denna tyngd innebär mycket för människorna som påverkas av problemet, eftersom lösningen av problemet kommer upp på agendan (Loseke 2003, s. 20). Claims-makers måste leverera ett ”package of claims”, innehållande stereotypa bilder av tillstånd, offer, skurkar och lösningar (Loseke 2003, s. 21).

För att övertyga allmänheten och politiken om ett tillstånd allvarsgrad, behöver claims locka fram särskilda känslor eller frambringa särskilda förståelser av hur världen borde fungera (ibid).

Uppdrag Granskings reportage om Sanne var ett lyckat claim, det fick publiken att känna starka känslor för både Sanne och hennes familj, och att förstå att så här kan inte organiseringen av hjälpen för dessa människor se ut.

5. Metod

I följande avsnitt kommer metoden för denna uppsats att presenteras. Avsnittet inleds med en diskussion kring de överväganden som gjorts i förhållande till metodvalet. Utöver det presenteras också hur vi gått tillväga för att samla in vår empiri, och hur vi har fördelat arbetet med denna insamling samt genomläsningen av materialet. Följt av detta redogörs för hur vi genomfört analysen och hur vi har resonerat kring etiska överväganden.

5.1 Metodologiska överväganden

Vår ingång till forskningsproblemet bestod av intresset att undersöka hur olika aspekter av samsjuklighet förmedlas och gestaltas genom svensk dagspress. Vi ville undersöka hur vi kan förstå medias framställning av bilden av samsjuklighet, olika aktörer och tänkbara lösningar. Därför beslutades att studien skulle vara av kvalitativ art. Kvalitativa studier kännetecknas av att särskild betydelse fästs vid ord under insamlingen och analysen av materialet, till skillnad från den kvantitativa metoden, där större fokus läggs vid siffror och att kvantifiera data (Bryman 2018, s. 454). Den kvalitativa metoden anses också i större utsträckning fokusera på hur den sociala verkligheten upplevs och tolkas av individen (Bryman 2018, s. 61). Den studie vi genomfört är en kvalitativ textanalys av tidningsartiklar i svensk dagspress. Om samma material hade använts för att genomföra en kvantitativ studie, hade metoden kunnat bestå av att räkna hur många gånger vissa ord skrivs, eller hur många gånger aktörers röster, exempelvis professionella, drabbade eller anhöriga, lyfts. En fördel med att använda en kvalitativ metod är att tolkningarna kan göras mer vidsträckta, särskilt i relation till vår valda teori. En nackdel med den kvalitativa metoden är att det kan vara svårt att avgränsa presentationen av materialet. Det

analysschema som användes i denna studie, som kommer beskrivas mer utförligt längre fram i detta kapitel, medförde att vi fick ett brett uppslag av intressanta teman. Samtidigt fanns det inte utrymme att redogöra för alla dessa teman inom ramarna för uppsatsen.

Sedermere har vi även behövt förhålla oss till vår egen förförståelse och position i förhållande till forskningsproblemet. Vårt intresse för samsjuklighet har delvis uppstått genom konsumtion av blandade nyhetsreportage som gestaltat livsvillkoren för människor med samsjuklighet. Detta har inneburit att vi ställt oss frågande till samhällets hantering av samsjuklighet som socialt problem. Denna kritiska inställning har vi varit medvetna om, och det har varit viktigt för oss att behålla ett öppet förhållningssätt inför läsningen och kodningen av vårt material. Emellertid har vi även bevarat vår kritiska inställning, eftersom vi anser att media är en aktör med betydande makt att förändra befolkningens bild och föreställning av verkligheten. Det som framställs genom media bör därför, menar vi, bemötas med ett kritiskt förhållningssätt.

5.2. Arbetsfördelning

För att öka tydligheten gällande metoden följer nedan en beskrivning av hur insamlingen av materialet rent konkret har gått till. Eftersom författarna till denna uppsats är två, har en uppdelning av arbetsuppgifter vid insamlingen gjorts.

5.2.1. Genomförande av sökning

Empirin till denna uppsats samlades in via databasen Retriever. Arbetet med detta delades upp redan inledningsvis, genom att uppsatsförfattare ett sökte på dubbeldiagnos och uppsatsförfattare två sökte på samsjuklighet. Sökningen bestod av att respektive uppsatsförfattare skrev in sin sökterm och gick igenom artikel för artikel i motsatt kronologisk ordning med startpunkt vid april 2020. Att gå igenom artikel för artikel innebar att skumma igenom varje artikel för att säkerställa att den eftersökta termen användes i en kontext som matchade uppsatsens syfte och frågeställningar. Google Docs användes för att sammanställa det insamlade materialet, vilket gjordes i en lista där rubrik, titel på tidningen och datum då artikeln publicerats, skrevs in.

5.2.2. Första genomläsningen

En första ordentlig genomläsning av artiklarna inleddes därefter, med samma uppdelning mellan författarna som den beskriven ovan; uppsatsförfattare ett läste artiklarna innehållande termen dubbeldiagnos och uppsatsförfattare två läste de innehållande termen samsjuklighet. De artiklar som härrörde från sökningen på dubbeldiagnos var färre än de från sökningen på samsjuklighet, vilket gjorde att uppsatsförfattare ett var färdig med genomläsning av sitt material först. Det bestämdes då att det återstående materialet från samsjuklighetssökningen skulle delas upp mellan respektive uppsatsförfattare. Författare ett läste därför igenom det material som publicerats 2018, och författare två det material som publicerats 2019.

Under den första läsningen genomfördes också ett parallellt arbete med att gallra bland de artiklar som förekom som dubletter. Vid de tillfällen osäkerhet angående artikelns relevans uppstod lades en kommentar via kommentarsfunktionen på Google Docs intill artikelrubriken i listan, för att underlätta gemensam genomgång av frågetecken. Vid denna parallella gallring hade uppsatsförfattare ett en djupare kunskap om vad sökningen på dubbeldiagnos innehöll, vilket medförde att hon kunde assistera i att gallra bland de samsjuklighetsartiklar som förekom som dubletter i dubbeldiagnossökningen. Efter den första genomläsningen av empirin läste båda uppsatsförfattarna grundligt igenom den totala empirin, insamlad från båda parter, på nytt.

5.3. Insamling av empiri

Till denna studie har sökbasen Retriever använts för att få fram empirin. De söktermer som har använts är samsjuklighet och dubbeldiagnos. Därtill har valet gjorts att inte inkludera all svensk tryckt press, och då har tidskrifter, pressmeddelanden, nyhetsbyrå och fackpress tagits bort. Detta har kvarlämnat storstadspress, prioriterad landsortspress, landsortspress och stadsdelspress. Anledningen till detta bortval av källor är att studien främst intresserar sig för den text som enkelt når allmänheten och Sveriges befolkning. Den del av befolkningen som tar del av fackpress är förmodligen insatt genom att själv vara verksam inom den profession som fackpressen vänder sig till. Liknande resonemang har förts angående övriga källtyper som tagits bort ur urvalet.

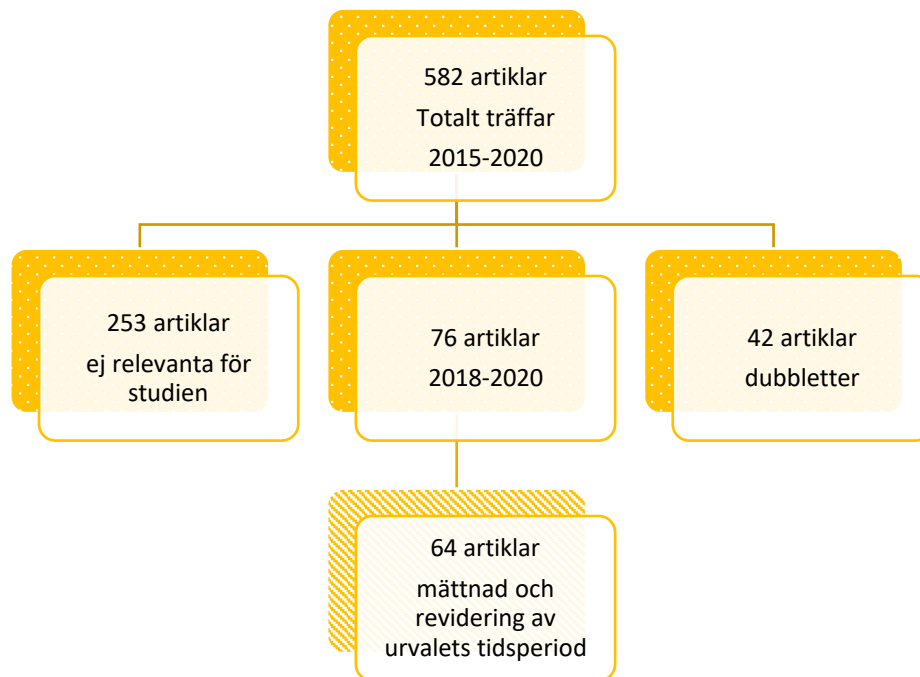
När sökningen genomförts med de fyra valda svenska källorna, har resultaten för samsjuklighet blivit 511 träffar i artiklar, medan dubbeldiagnos har gett 71 träffar. En sökning av missbruk* ADHD gav 1265 träffar, men användes sedan inte då vi ansåg att vi hade tillräckligt material för att genomföra vår studie.

Inledningsvis sökte vi på tidsperioden 2015 till och med mars 2020, när vi började vår sökning av artiklar. Så småningom upptäcktes att en sökning så långt tillbaka i tiden som 2015, skulle ge större empiri än vad som var möjligt att analysera i denna studie. Genom viss förförståelse visste vi att år 2018 skulle vara intressant att involvera, i och med nyhetsrapporteringen om Uppdrag Granskningens reportage om Sanne. Efter en avvägning justerades tidsperioden till en begränsning från år 2018 till och med mars 2020 vilket gav 318 träffar på samsjuklighet och 53 träffar på dubbeldiagnos.

För att vårt material skulle stämma överens med vårt syfte och frågeställningar så har totalt 253 artiklar som inte är relevanta plockats bort från urvalet. Bortfallet består av artiklar där samsjuklighet eller dubbeldiagnos benämns men utesluter beroendeproblematik, till exempel barn i låg- eller mellanstadiet med diagnoserna ADHD och autism, i kombination med somatisk eller psykisk ohälsa. En annan kategori som har fallit bort är de artiklar som handlar om barn som själva har en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller psykiatrisk diagnos och som vuxit upp med missbrukande föräldrar. Det har även förekommit många artiklar som handlar om kombinerade somatiska sjukdomar, som då benämns samsjuklighet. Slutligen har vi fått 42 dubbla träffar. Det har varit artiklar eller delar av artiklar som publicerats i flera tidningar. Det har också funnits dubletter där det tillkommit kommentarer från yrkesverksamma eller en vidareutveckling av artikeln. Vid dessa tillfällen har vi jämfört dubletterna noga, och slutligen valt den artikel som innehåller flest röster, mer text, eller intressanta tillägg. Detta innebär att det inte alltid har blivit ursprungstexten som kommit med i vårt urval.

Då vi inledde vår kodningsprocedur hade vi 76 artiklar, varav 63 artiklar kom från sökningen på samsjuklighet, och 13 artiklar kom från sökningen på dubbeldiagnos. När vi hade kodat ungefär 48 artiklar diskuterade vi ytterligare kring tidsaspekten, och hade genom att jämföra några av våra kodningar insett att det skulle komma att ta lång tid att gå igenom kodningarna tillsammans. En del teman och rubriker smälte in i varandra och det förekom att vi tänkte olika kring vad som skulle hamna var.

Vi kom fram till att begränsa oss ytterligare, genom att ta bort de artiklar som blivit publicerade innan september 2018 och då med förutsättningen att begränsningen inte påverkade mättnaden i materialet. Detta lät sig göras eftersom vi inte haft som avsikt att studera förändring över tidslopp, samt att materialet fram till den tidpunkten föreföll vara tillräckligt. Efter denna begränsning återstod 54 artiklar från sökningen samsjuklighet, och 10 artiklar från sökningen dubbeldiagnos vilket resulterade i totalt 64 artiklar.



5.4. Analysmetod

5.4.1. Inför och under kodningen

Analysen i denna uppsats har inspirerats av ett exempel på kodningsförfarande och analyschema som ges av Jönson i *Sociala problem som perspektiv, en ansats för forskning & socialt arbete* (2010, s. 26). Kodningen av materialet har genomförts på utskrifter av alla 64 artiklar. De teman som Jönsons metod ger är problemets karaktär, orsaker, konsekvenser och omfattning, historia och utveckling, lösningar, aktörer samt illustrerande komponenter (Jönson 2010:26; se Bilaga 1). Alla teman har tilldelats en egen färg, och kodningen har bestått av att under genomläsning stryka under de meningar som passar in i ett eller flera teman, med en eller flera färger. Inledningsvis kodades tolv artiklar separat av uppsatsförfattarna, på varsitt håll, för

att sedan sammanställa och diskutera vad kodningen gett. Det gjordes för att se till att samstämmighet kring temana och kodningen rådde. Därefter fortsatte kodningen separat på var sitt håll.

5.4.2. Efter kodningen

När alla artiklar hade kodats, träffades uppsatsförfattarna för att sammanställa resultatet av kodningen. Artikel för artikel granskades. De understrykningar som skiljde sig åt diskuterades gemensamt för att komma fram till under vilket tema som meningen var mest passande. En del meningar hamnade under flera teman, för att de innehöll komponenter som täckte flera teman.

Efter sammanställningen skapades ett Google Docs för respektive tema. Uppsatsförfattare ett läste upp mening för mening från det kodade materialet och uppsatsförfattare två kopierade meningar från Word-dokumentet innehållande all empiri och klistrade in meningar i någon av de sju Google Docs-flikarna.

När alla meningar var på plats i respektive Google Docs-flik, gjordes ytterligare genomläsning av alla teman. Därefter sorterades de kodade meningarna i fler underteman som utformats. Exempel på underteman som uppstod under temat aktör var *konkurrens, egenskaper och attityder som tillskrivs den drabbade, bilden av sig själv* och *aktörer som förväntas lösa situationen*.

Inför skrivandet av resultat och analys gjordes ett urval av teman, eftersom alla sju teman hade varit för omfattande att redovisa inom ramarna för denna uppsats. En diskussion kring vilka teman som hade störst betydelse för konstruktionen av samsjuklighet fördes. Slutligen valdes följande teman bort: illustrerande komponenter, konsekvenser och omfattning, historia och utveckling samt orsaker. De teman som behölls var karaktär, aktör och lösningar. Dessa teman redovisas under avsnittet *Resultat och analys*.

5.5. Metodens tillförlitlighet

Metodens tillförlitlighet är i kvalitativa studier bland annat baserad på i vilken utsträckning studien uppnår kriterierna pålitlighet, träffsäkerhet och autenticitet. Att en studie kännetecknas

som *pålitlig*, innebär att arbetet bakom den har genomförts på ett konsekvent sätt, som också tillåter att andra granskar tillvägagångssättet (Lind 2019, s. 165). I uppsatsen har detta kriterium uppnåtts genom att empirin till studien har lästs och bearbetats av uppsatsens båda författare. Syftet med detta förfarande är dels att åstadkomma ett konsekvent tillvägagångssätt, dels att undvika förekomsten av avvikande tolkningar av materialet. Olika saker i en text kan tillskrivas olika stor betydelse, beroende på vem det är som läser texten. Med utgångspunkt i det har det därför varit viktigt att båda uppsatsförfattarna i denna studie gått igenom allt material. Att materialet har lästs igenom och kodats av båda författarna har gynnat analysens utsträckning i relation till vilka tematiseringar som uppfattats och urskilts vid genomläsning av materialet. Om materialet istället hade delats upp mellan läsarna tillika författarna av denna uppsats, skulle det kunnat generera tolkningar i två olika led; något som skulle motsvara svag pålitlighet.

En studies grad av *träffsäkerhet* motsvarar i vilken utsträckning den insamlade empirin ger adekvat kunskap kring de företeelser som studeras (Lind 2019, s. 165). Denna uppsats undersöker konstruktioner av samsjuklighet i svensk tryckt press. Empirin till uppsatsen består av sådana artiklar, som insamlats genom sökning med termerna dubbeldiagnos och samsjuklighet. Uppsatsen kan därför sägas ha en hög grad av träffsäkerhet.

Autenticitetskriteriet handlar om materialets autenticitet, äkthet, och huruvida informationen återberättats på ett korrekt sätt (Lind 2019, s. 165). Vår empiri består av tidningsartiklar, bland annat i form av insändare och intervjuer. Röster som lyfts i tidningarna har till exempel varit privatpersoner, politiker och professionella. Vi förhåller oss till autenticitetskriteriet genom en varsamhet och begränsad naivitet under läsningen av vårt material. Detta eftersom det finns en risk att de personer som intervjuas missförstås eller misstolkas av journalisten. Studiens syfte och frågeställningar berör emellertid hur dagspressen framställer samsjuklighet, de som drabbas, dess anhöriga och möjliga lösningar. Därför har bedömningen gjorts att så länge det råder en viss försiktighet i tolkningen av det som återges från intervjuer med privatpersoner, kan studiens syfte uppnås.

5.6. Etiska överväganden

Viktigt inom den samhällsvetenskapliga forskningen är att människor som deltar i undersökningar aldrig ska fara illa av samhällets strävan efter utökad kunskap. Särskilt viktigt

inom denna forskningsgren är information, frivillighet, samtycke och konfidentialitet (Lind 2019, s. 167; Bryman 2018, s. 170). Den som deltar i en studie ska informeras både om studiens syfte, varför studien genomförs, och om sin rätt att inte delta i studien. Om personen vill delta, ska forskaren inhämta skriftligt samtycke från individen. Personen ska också informeras om att denne när som helst kan ta tillbaka sitt samtycke till att delta. Konfidentialitet innebär att den information som inhämtas genom studien, däribland personuppgifter, ska behandlas på ett sätt som förhindrar att det sprids till andra. Sådan information ska också vanligtvis förstöras när studien är färdig, för att undvika röjande av känslig information (Bryman 2018).

Att undersöka utsatta människors levnadsvillkor är ofta förknippat med etiska överväganden. Den som genomför en sådan undersökning kan beskrivas befinna sig i en maktposition, i vårt fall åtminstone en hälsorelaterad sådan. I denna studie har vi inte informerat, inhämtat samtycke eller behandlat materialet konfidentiellt. Detta beror på att den empiri vi använt är offentligt publicerat material. Vi har istället förhållit oss till etiska frågor genom att behandla vårt material med stor respekt. Människorna som artiklarna handlar om befinner sig i en utsatt situation, och det som beskrivs kan betraktas som ett känsligt ämne. Risken för ytterligare stigmatisering har medfört att vi behövt vara varsamma i vår hantering av empirin. Vi har även ansträngt oss för att vara tydliga med presentationen av materialet och resultatet i studien, så att källor och referenser bearbetats på ett korrekt sätt (Lind 2019, s. 167). Utöver det har vi strävat efter att lyfta fram olika aspekter som vi funnit i materialet, för att ge en utförlig presentation av empirin.

6. Resultat och analys

I denna del presenteras resultatet och analysen av vår insamlade empiri. Vi har utgått från ett socialkonstruktionistiskt perspektiv där vi analyserat det som förmedlas och konstrueras i den samlade empirin. Citat från artiklarna samt övergripande sammanfattning av det som beskrivs presenteras och tolkning av citaten genomförs med hjälp av Loseke (2003). Det vi lyfter fram i analysen är hur problemet samsjuklighet, den drabbade och de anhöriga, professioner och lösningar konstrueras i vår empiri.

Analysen presenteras under fem rubriker: Samsjuklighet: ett allvarligt, komplext och skamfullt problem; De drabbade: passiva, objektifierade bärare av negativa associationer; Anhöriga:

aktiva och ihärdiga, men också kraflösa och utmattade; Allas och ingens ansvar; Lösningar: rätt behandling och samverkan. Den första rubriceringen härrör från temat karaktär, den andra, tredje och fjärde från temat aktör, medan den femte härrör från temat lösning.

6.1. Samsjuklighet: ett allvarligt, komplext och skamfullt problem

I det analyserade materialet framställdes samsjuklighet som ett svårlöst problem och som en kombination av två delar: beroende och psykisk ohälsa. Eftersom både beroende och psykisk ohälsa är associerade med stigma skildrades samsjuklighet som ett problem förknippat med skam, vilket ytterligare förstärkte bilden av problemets svårighetsgrad. Vidare skildrades samsjuklighet ha släktskap med andra problem så som arbetslöshet, ensamhet och fattigdom.

Den ena delen, som bestod av *beroendet*, beskrevs med benämningar som missbruk, narkotikamissbruk, beroende, beroendesjukdom, drogberoende, drogproblem, diagnostiserat missbruk eller beroende, missbruk av alkohol eller andra substanser, någon form av missbruk, beroendeproblem och beroendeproblematik.

Den andra delen, som bestod av den *psykiska ohälsan*, formulerades som psykisk störning, psykisk sjukdom, psykiska problem, psykisk ohälsa, psykiska besvär, psykiska diagnoser, psykiska funktionshinder, psykiatrisk sjukdom, psykiatrisk diagnos, diagnoser, funktionshinder, psykossjukdom, depression, ångest, PTSD och neuropsykiatriska variationer.

Utöver detta konstateras i texterna att kombinationen av psykisk ohälsa och beroende, om än med varierad begrepps användning, ofta förekom samtidigt. Denna problemöverlappning framhölls av en psykiatriker som något som gjorde samsjuklighet särskilt komplext:

- Vid beroendesjukdom är det ju så att man återfaller väldigt lätt när man blir stressad. Och eftersom man väldigt ofta får obehag och stress när man har ptsd, så återfaller man. Så du kan förstå att det är väldigt problematiskt att ha de här sjukdomarna samtidigt. Och de förvärrar varandra. (Dagens Nyheter 2019)

Genomgående i artiklarna framställdes samsjuklighet som ett mycket allvarligt problem som inte getts tillräckligt med uppmärksamhet. I citatet ovan beskrivs hur två allvarliga tillstånd förstärker varandra och eftersom återfall är vanligt både vid beroende och PTSD så blir det ”våldigt problematiskt”. Personer med samsjuklighet beskrevs också som en komplicerad grupp, som kräver särskilda lösningar. Dagens hantering av de drabbade beskrevs med metaforer som att de sjuka *bollades runt* eller *skyfflades* mellan olika instanser.

Personer med svårt missbruk bollas mellan sjukvården och socialtjänsten och får inte den sammanhållna behandlingskedja de behöver. Personer med både beroendesjukdom och psykisk ohälsa, en vanlig dubbeldiagnos, skyfflas mellan psykiatri, missbruksvård och socialtjänst. (Värnamo Nyheter 2020)

Det förekommer många konkretiseringar av vad ett beroende är. Det beskrivs som en sjukdom, en fråga för hälsovården, ett socialt problem. Det finns också de som menar att det *inte* är ett socialt problem. Något som utelämnas i texterna är former av beroende, bortsett från att det i vissa fall specifikt uttrycks att det handlar om ett alkoholberoende. Det återfinns inga beskrivningar av vilka droger som kan vara aktuella, åtminstone inte mer än att det benämns som ”narkotika”. Detta är intressant i relation till hur många psykiska diagnoser som beskrivs i texterna. Loseke (2003) menar att ett problem behöver betraktas som allvarligt för att få status som socialt problem. En beskrivning av ett konkret och allvarligt beroende hade alltså kunnat gynna problemets status. Samtidigt kan undvikandet av sådana beskrivningar tolkas som att artikelförfattarna vill avstå från att ge stigmatiserande skildringar av människor med beroende.

Flera artiklar lyfte fram skam som en aspekt som försvårade problemet. Både samsjuklighet och beroende är förknippat med skam, vilket enligt artiklarna skapade ytterligare svårigheter för de som drabbades:

Ingen förutom hennes närmaste vet varför hon var sjukskriven i flera månader. Ämnet är känsligt. (Dagens Nyheter 2019)

Waal (1998) hänvisar till teorin om ”Rational behavior” som innebär att människor tenderar att göra val som är i enlighet med det som leder till bäst utfall. Denna förmåga försämras hos den som drabbats av samsjuklighet (ibid.). I vårt material poängteras ofta att det både vid beroende och psykisk ohälsa handlar om sjukdomar. Poängterandet av att det är två simultana sjukdomar som gör att dessa individer inte hanterar situationer på ett sätt som hör normen till, kan tolkas

som en del i att skapa förklaring till beteenden eller att rättfärdiga individers (irrationella) handlande. Det kan också tolkas som en ansats för att motverka att den som är sjuk skuldbeläggs för sin livssituation. Detta i relation till det som beskrivs i citatet ovan, där samsjuklighet anses vara förknippat med skam.

6.2. De drabbade: passiva, objektifierade bärare av negativa associationer

Samsjukliga framställs som ett passivt objekt som dels föses runt, dels hamnar emellan verksamheter. De konstrueras inte som interagerande individer, vilket gör det svårt att som läsare identifiera sig med dem. Det görs överlag inte särskilt många försök att få läsaren att identifiera sig med gruppen. En sådan konstruktion kan leda till en förstärkt negativ bild, eftersom det förmedlar en uppfattning av att samsjukliga, som del av en grupp, helt saknar egen initiativförmåga. Dessa människor måste räddas, och det de behöver räddas från är transporter mellan verksamheter. De säger inte ifrån när de blir felbehandlade och de vet inte själva vad de behöver. De slungas fram och tillbaka.

Här måste politiken ta sitt ansvar, vi kan inte ha ett samhälle som inte kan skydda sjuka människor som behöver vård och som bollas runt i olika organisationer. (Arbetsbladet 2019)

Citatet ovan beskriver att individer ”bollas runt”, vilket också tolkas som att berörda myndigheter avsägar sig sitt ansvar för gruppen. Denna tolkning görs genom att färdriktningen är ”runt” och inte exempelvis ”från socialtjänsten till psykiatrin”. Det handlar alltså inte om att någon hänvisar en person som efterfrågar hjälp till berörd myndighet, utan ett slags avsägande av ansvar från båda parter. Waal (1998) menar att involverandet av flera verksamheter får till resultat att ingen av verksamheterna tar något ansvar för gruppen samsjukliga. Författaren menar att det råder en brist på engagemang för patientgruppen från verksamheternas sida, något han menar har sitt ursprung i att sjukdomarna betraktas som icke-botbara (ibid.).

Återkommande uttrycks att detta inte handlar om vanlig sjukdom eller vanliga problem, utan att personerna är *väldigt* sjuka och att situationen är *väldigt* problematisk. De drabbade beskrevs som *speciella* som inte bara var samsjukliga, utan också var stigmatiserade, ensamma, isolerade, stökiga och avskärmade. Loseke (2003) använder begreppet ”troubled persons

industry” för att benämna hur grupper av individer tillskrivs stereotypa egenskaper som kan knytas till samhällets olika stödinsatser: så som missbrukare eller hemlös. I artiklarna uttrycktes att personer med samsjuklighet kräver samordnade vårdinsatser och inte platsar i ”den vanliga vården” på grund av sina speciella förutsättningar. Därtill beskrivs de som personer som har svårigheter; i vardagen, i att förhålla sig till andra och i att hantera myndighetskontakter.

Steg ett riktar sig till människor med svårare beroendetillstånd, ibland ofullständig skolgång och ofta liten erfarenhet från den öppna arbetsmarknaden. (Vestmanlands Läns Tidning 2020)

Att stå i centrum kan framstå som positivt och som att man har andras blickar riktade mot sig. Men i artiklarna skildras detta på motsatt sätt. Patienter beskrevs befinna sig i mitten, men där olika aktörer vänt dem ryggen och ”skyfflat” dem till en annan aktör. Den psykiatriska vården framstår som en aktör som ”ställer krav” och ”förutsätter” saker som är omöjliga, medan de drabbade framstår som offer (jfr Jönson 2010; Loseke 2003). Genom detta språkbruk framställs de som drabbas som några som inte själva bär ansvar för sin situation, medan psykiatrin framställs som delansvariga för det lidande de utsätts för (Loseke 2003, s. 83). På ett liknande sätt framställs missbruksvården som ovilliga att hjälpa:

Men missbruksvården menar att de inte kan hjälpa Sanne eftersom hon är för psykiskt sjuk och psykiatrin besitter inte kompetensen att hantera människor med missbruksproblematik. (Hallandsposten 2018)

För att ett claim ska lyckas beskriver Loseke (2003, s. 70) att ”de skyldiga” tillskrivs vissa egenskaper och i våra artiklar typifieras missbruks- och psykvård som om de är likadana och har samma oförmåga att se utöver sitt problemområde.

I empirin finns väldigt få artiklar som beskriver samsjukliga relaterat till något annat än själva samsjukligheten. De drabbade som beskrivs reduceras på så sätt till sin sjukdom, även om enstaka undantag fanns som i exemplet Anna som också beskrivs som en ”helt vanlig småbarnsmamma”:

- Jag trodde inte att jag var en sån typ. Alla tycker att jag är så stark. Men helt plötsligt klarade jag inte så mycket längre.

Så inleder Anna sin historia om hur hon, en helt vanlig flerbarnsmamma, med ett fint hus och ett bra jobb, utvecklade posttraumatiskt stressyndrom - och blev alkoholist. (Dagens Nyheter 2019)

Citatet ovan är ovanligt också av den anledningen att den drabbade själv kommer till tals. När den drabbades röst faktiskt hörs, är det på sätt som gör det lätt att identifiera sig med dem. Personliga berättelser som delas av drabbade människor som läsaren kan identifiera sig med, kan också få läsaren att uppfatta det sociala problemet som viktigt, då det lika gärna hade kunnat drabba läsaren själv (Loseke 2003, s. 82). Att lyfta fler personliga berättelser hade varit ett effektivt sätt för artikelförfattarna att förmedla ett sådant budskap till läsaren. Genom att betona Annas vanlighet framställs hon som en slags motbild till de typiska patienterna med samsjuklighet, vars liv beskrivs i termer av att vara annorlunda. Precis som i fallet med Anna, framställdes Pelle som en icke-typisk patient:

- Pelle kunde vara väldigt snäll när han var i ett bra stadium. Han var glad och skrattade. Väldigt mån om sitt utseende. När han fick pengar gick han alltid och klippte sig och snyggade till sig. (Söderhamns-Kuriren 2019)

Beskrivningarna av Pelle och Anna är dock undantag i ett material där gruppen som drabbas av samsjuklighet nästan helt utesluter positiva associationer. Media framställer de drabbade som en homogen och passiv grupp som har negativa egenskaper gemensamt. Samtidigt vet vi att, och det finns det också exempel på i materialet, det är en ytterst heterogen grupp. Bara utifrån de kategorier som beskrivs: unga, äldre, kvinnor och män kan det tänkas finns åtskilliga och varierande livsberättelser, personliga intressen och andra positiva associationer att göra. Dessa synliggörs dock sällan i artiklarnas illustrationer av problemet.

De som drabbas beskrivs som mycket utsatta och samsjuklighet beskrivs ha släktskap med andra sociala problem så som ensamhet och arbetslöshet (jfr. Loseke 2003).

Det är en stigmatiserad grupp människor, vars liv präglas av sysslöshet, ensamhet och fattigdom. (Sydsvenskan 2019)

En sådan skildring av kombinationer av problem går även att finna i Skogens, von Greiff och Topors (2018) studie, med hänvisning till intervjupersonernas livsvillkor. De beskrevs som individer med svagt socialt nätverk och svårigheter på arbets- och bostadsmarknaden. Huruvida dessa problem har orsakats av samsjukligheten eller något annat framgår emellertid inte. Däremot lyfter studien att dessa livsförhållanden ibland fungerat som motivation till att söka hjälp för sitt beroende (ibid.).

Samsjuklighet beskrevs också i materialet som relaterat till andra problem, såsom suicid, överdos och somatiska sjukdomar. Tillkommer gör även en “allmän ökad dödlighet”, det vill säga att personer med samsjuklighet beskrevs löpa större risk att dö i förtid än den övriga befolkningen. Problem relaterade till samsjuklighet diskuteras också i form av konsekvenser av att olika former av stöd och insatser för de drabbade upphör.

Vi boendestödjare träffade dem minst en gång i veckan. Blir det för sällan finns risk att de går ner sig mellan gångerna. På sikt kan det här leda till fler vräkningar, mer psykisk ohälsa och återfall i missbruk [...] (Mitt i Söderort Farsta-Sköndal 2019).

Insatsen som beskrivs i citatet ses alltså som nödvändig för att förhindra att den drabbade mister sin lägenhet, börjar må sämre psykiskt eller återfaller.

De drabbade förmedlas i materialet som människor i behov av hjälp från professionella som besitter särskild kompetens. Artiklarna formulerar detta genom att lyfta fram andra röster än den drabbades, där det beskrivs att hjälp inte kan ges i den egna kommunen utan måste ske på annan plats, att det saknas kompetens i verksamheten, att personal på boenden behöver ha särskild utbildning och erfarenhet av att arbeta med samsjuklighet samt att specialisläkare ska behandla samsjukligheten.

6.3. Anhöriga: aktiva och ihärdiga, men också kraftlösa och utmattade

Ett övergripande tema i artiklarna är att samsjuklighet personifieras genom anhöriga eller professionella. Samsjukliga är något det pratas *om*, inte *med*. Med tanke på materialets art är avsaknaden av drabbades egna berättelser förbryllande. Journalister har möjligheten att vända sig till människor som råkat ut för olika sjukdomar och händelser, och gör också så ofta. Men inte gällande samsjuklighet. Artiklarna närmar sig istället en beskrivning av de drabbades situation genom att lyfta anhörigas röster.

Anhörigas situation kännetecknades i artiklarna av lidande och oro. De får dra ett stort lass, ta ett stort ansvar, och kämpa för att deras närstående ska få rätt vård. De oroar sig för den

anhöriges liv, de erbjuds inget anhörigstöd och de utsätts för aggressivitet från den sjuka. I en artikel beskrivs också att en anhörig fått ansvara för att tillkalla SIP-möte (samordnad individuell plan). Närstående framställs i termer av en slutkörd person som inte har någonstans att vända sig. Dels är deras sjuka närstående otacksam för hjälpen de försöker ge, dels har psykiatrin, socialtjänsten och välfärden vänt dem ryggen.

Sannes mamma vittnar om hur hon måste klara att arbeta trots daglig oro och våndor. Sannes syster gråter stilla, klappar sin syster på ryggen. Vi kan bara försöka föreställa oss de känslor och tankar som rör sig inom både syster, mamma och Sanne. (Göteborgs-Posten 2018)

Närstående till den drabbade konstrueras på olika sätt till personer som har, och tar, ansvar för sina sjuka familjemedlemmar. Bilden av samsjuklighet som en komplex och krävande diagnos förstärks på så vis, genom att det verkar finnas behov av att anhöriga i stor utsträckning involverar sig i den drabbades liv. Anhöriga uttrycks i artiklarna som kampbedrivare, vårdare och språkrör:

- Missbruksenheten har inte ens hanterat ärendet akut utan tagit flera månader på sig. Det här handlar om min brors liv. Hur mycket ansvar ska de anhöriga behöva ta? Vi har tagit hand om vår sjuka bror hela sommaren. Om det skulle hända något allvarligt, som att han fullbordar ett suicidförsök, vem tar ansvaret då? (Dala-Demokraten 2018)

Anhöriga och samsjukliga konstrueras på väldigt olika sätt. Medan den drabbade framställs som initiativlös och passiv, framställs den anhörige som aktiv och ihärdig. I artiklarna gestaltas anhöriga som kraftfulla och upprörda, men också som kraftlösa och utmattade, efter en utdragen strid mot "systemet". Rösterna som lyfts förmedlar en stark oro, men också en känsla av att vara utled. Till skillnad mot den drabbade, är det lätt att identifiera sig med den anhörige.

6.4. Allas och ingens ansvar

Andra aktörer, förutom anhöriga, som beskrivs i artiklarna är de som företräder verksamheter som involveras i behandlingen av samsjukliga. De som innefattas är representanter för socialtjänst, beroendevård och psykiatri. Dessa representanter konstrueras som konkurrenter, och det de verkar konkurrera om är behörighet att utföra behandling. Bilden av verksamheterna som formuleras av verksamheterna själva skiljer sig på så vis från bilden anhöriga formulerar.

De senare menar att ingen vill ta ansvar för deras sjuka anhöriga, medan verksamheterna verkar mena att de alla vill ta ansvar för de sjuka.

- Med systemet vi har i dag så krävs det i princip att socialtjänsten ska göra det jobb som vi inom hälso- och sjukvården egentligen är utbildade för. Det är inte rättvist mot vare sig personalen eller patienterna, säger hon. (Dagens Nyheter 2019)

Organiseringen av hanteringen av samsjukliga tycks medföra att fel verksamhet ges ansvar för behandlingen av gruppen. Bilden skiljer sig från beskrivningen av samsjukliga som föses runt i organisationer. Det som beskrivs är snarare att det finns en organisation att vända sig till, och att den organisationen – socialtjänsten – saknar kompetensen som krävs för problematiken.

Vi kan inte ha kvar en ordning där sjukvården nekar människor psykiatrisk hjälp om de använder droger och kategoriskt hänvisar dem till en ofta handfallen socialtjänst som saknar denna kompetens. (Dagens Nyheter 2019)

Att få behandling för samsjuklighet konstrueras på många sätt som en omöjlighet. Psykiatri framställs ofta som en kall och inhuman aktör med orealistiska krav, som bidrar till att stjälpas, istället för att hjälpa, personer med samsjuklighet:

Den psykiatriska vården som sköts av region Gävleborg ställer krav på att patienten ska vara drogfri under en längre period för att få behandling. Missbruksvården, som kommunen har hand om, förutsätter att personen är fri från symptom på psykisk sjukdom. I mitten står en person utan att få rätt hjälp. (Söderhamns-Kuriren 2019)

Behandlingen av beroende och samsjuklighet förmedlas också som kompetenskrävande:

Alkohol och droger kan både maskera andra diagnoser och leda till symptom som påminner om andra tillstånd. För att kunna erbjuda rätt behandling måste man först veta om en patient lider av enbart missbruk eller psykisk ohälsa, eller båda. (Dagens Nyheter 2019)

Behovet av särskild kompetens uttrycks i citatet underförstått, genom att betona att den professionella behöver utreda om det är ett beroende, psykisk ohälsa eller både och, med reservation för att symptomen patienten uppvisar kan förvirra den professionella bedömaren. Beskrivningen ger upphov till tolkningen att den professionellas tilltro till patientens förmåga att uttrycka sig är låg. Att ta reda på vad symptomen beror på kan låta sig göras genom att fråga

patienten vad denne själv tror att svaret på detta är. Det kan inrymmas i "att utreda", men det är inte utförligare beskrivet i texten.

I artiklarna personifieras samsjukligheten ofta genom anhöriga eller professionella, men de drabbades egna röster är i regel frånvarande. I artiklarna gjordes dock ofta anspråk på att veta vad de drabbade var i behov av för slags hjälp. Personerna som drabbas skildras som annorlunda och med annorlunda problem jämfört med de som får hjälp av den "vanliga" vården:

- Den här gruppen har en väldigt problematisk situation, det är personer i mycket dåligt skick som är i stort behov av vård. Vi kan helt enkelt inte sluta ge dem vård, för då går de under. (Värmlands Folkblad 2019)

Istället för att fråga efter den drabbades egen åsikt, hänvisas ofta till forskning och verksamhetsrepresentanter:

Vidare vill vi se utökat arbete med självvald inläggning i psykiatri. Studier visar att patienter med denna möjlighet känner en större trygghet och därmed inte söker mer vård. (Göteborgs-Posten 2018)

Bristen på personliga berättelser från samsjukliga är anmärkningsvärd, eftersom det gång på gång resoneras kring hur gruppen tänker, känner och agerar. Ingen av artiklarna där det resoneras kring förändringar av hjälpsystemet, innehåller röster från de som berörs av en sådan förändring. Gruppen beskrivs sakna en röst i det offentliga, och denna avsaknad förstärks genom att även artiklarna utesluter den.

6.5. Lösningar: rätt behandling och samverkan

Det vi av vår empiri har fått fram genom kodning på lösningar för problemet samsjuklighet har varit skiftande. Vi har sammanställt och analyserat vårt resultat i två underteman: *Rätt till behandling* och *Samverkan*.

6.5.1. Rätt behandling

Samsjuklighet är ytterst vanligt vid missbruksproblematik - och att förstå och behandla de bakomliggande orsakerna till missbruket är oerhört viktigt [...] (Göteborgs-Posten 2019)

I artiklarna skrivs det om hur behandling av samsjuklighet kan förbättras på olika sätt. Som i citatet ovan och även tidigare nämnt i denna uppsats, är beroende en del av samsjukligheten, vilket också stärks i beskrivningar av lösningar på problematiken. Lösningarna som presenteras i materialet handlar bland annat om att undanröja det som orsakar beroendet och att ändra vårdssystemet så att beroendepatienter med självklarhet har rätt att träffa kunnig personal inom behandling och diagnostik. En artikel lyfter fram traumabehandling och att denna typ av behandling alltid ska kunna erbjudas, samt att arbete med anknytningsproblematik och relationsbyggande behöver kombineras med behandling för beroende.

Utöver behandling inom beroendevården förekommer även omväxlande lösningsbeskrivningar i artiklarna, där målen med tillvägagångssätten är att patienter får hjälp i tid, något som framställs som viktigt. I denna kontext handlar det bland annat om barn och unga och införandet av elevhälsogaranti, att stärka det förebyggande arbetet i kommunen, att kunna ge rätt insatser från början samt polisens möjlighet att uppmärksamma individer med riskbruk och bryta detta innan beroende utvecklats. Lösningarna så som de formuleras talar alltså för samverkan mellan professioner, en samhällelig utveckling samt kompetensutveckling som syftar till att öka möjligheten att erbjuda hjälp i tid vid samsjuklighet.

I artiklarna förekommer också ett fåtal beskrivningar av nya projekt. Exempel på det är nystartade avdelningar där man jobbar integrerat med både psykiatrisk- och beroendeinriktning parallellt. Att samsjuklighet bör, behöver eller måste behandlas integrerat på detta sätt förmedlas i flera artiklar. Bland annat med argumenten att beroende och psykisk ohälsa ses som medicinskt betingade, samt att den ena sjukdomen förstärker den andra. I vissa artiklar stärks detta med hjälp av hänvisning till forskning genom formuleringar som ”forskningen talar för” eller ”forskare är överens”. Loseke (2003, s. 107) tar bland annat upp just detta, forskare som stärker uttalanden. Det är ingen tillfällighet att forskning nyttjas till konstruktionens fördel när en lösning av problemet framförs. Enligt Loseke (2003) handlar det om språket, den som bäst kan formulera resonabla utlåtanden. Benägenheten att känna tillit till forskare, och den status som forskare har, stärker artikelförfattarens text.

Gällande behandling av samsjuklighet formuleras lösningarna på ”behandlingsproblemet” sammanfattningsvis som att en förbättring måste ske, men konkreta och tydliga förslag på lösningar ges inte. Inte heller i de artiklar som beskriver att patienter måste få hjälp i tid ges

några konkreta förslag på lösningar. Det som uttrycks ovan är att det krävs en parallell behandling och ett förebyggande arbete, också för dem som i tidig ålder uppvisar tecken på ohälsa.

6.5.2. Samverkan

En huvudman ska ansvara för insatserna. Det är slut på dagens delade ansvar mellan kommun och region. En huvudman ska samordna insatser så att människor får den hjälp de behöver. En utredning kommer behövas och lagar behöver ändras. (Nyheterna Östra Småland 2019)

I artiklarna som lyfter frågan om huvudmannaskapet används ofta ett ord som betonar graden av säkerhet innan eller efter huvudman skrivs ut, vilket styrker utsagan. Detta kan exempelvis vara ”bör”, ”krävs” eller ”skall”. Artiklarna skriver bland annat att ett huvudmannaskap skulle innebära att människor med samsjuklighet då kan få den utredning, de insatser och den hjälp som behövs. En av artiklarna formulerar det som att ett samlat huvudmannaskap är livsavgörande för människor som brukar narkotika. Till skillnad från citatet ovan förekommer en beskrivning i en av artiklarna som avviker från de övriga, när det gäller denna typ av förändring:

För att kunna erbjuda stöd utifrån individens hela livssituation krävs att huvudmännen inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård är överens om vad var och en kan erbjuda och hur de ska samverka. (GT 2018)

I citatet ovan skrivs det om ett samarbete mellan huvudmännen. Denna formulering skiljer sig då det i övriga artiklar mer frekvent förekommer beskrivningar av hur samhället behöver ett sammanhållet huvudmannaskap för att behandla samsjuklighet. En sådan organisering betyder att istället för dagens delade ansvar mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, det vill säga kommun och region (tidigare landsting), skulle ansvaret samlas hos en huvudman.

[...] självklart att dessa personer ska få direkt tillgång till såväl psykosocial behandling som läkemedelsbehandling via sjukvården, istället för att som idag behöva gå omvägen via socialtjänsten, särskilt som flertalet inte behöver sociala stödinsatser. (Svenska Dagbladet 2020)

I merparten av artiklarna framställs en enhetlig syn på hur uppdelningen av ansvar ska genomföras, att hälso- och sjukvården borde ta ett helhetsansvar och därmed bli ensam

huvudman. Det argumenteras om hur ett samlat huvudmannaskap inom hälso- och sjukvården hade påverkat socialtjänsten och vården av samsjukliga. I denna kontext beskrivs att en sådan organisering skulle medföra att socialtjänsten kan ”fokusera på sina kärnuppgifter” och ”fokusera på insatser som skapar goda betingelser för behandlingen” (Dagens Nyheter 2019). I en artikel beskrivs att det skulle medföra att fler söker hjälp och i en annan skrivs att förutsättningarna när det kommer till beroendevård blir mer kunskapsbaserad, vilket formuleras kunna resultera i att fler skulle känna sig välkomna.

Det uttrycks att ett ensamt huvudmannaskap skulle göra stor skillnad och då främst förutsatt att hälso- och sjukvården tog över ansvaret för att skapa en sammanhängande vårdkedja. Således konstrueras ett förändrat huvudmannaskap som en lösning på hur människor som drabbats av samsjuklighet kan få bättre vård. I materialet tolkas föreligga en enighet kring att ansvaret för patientgruppen behöver förändras, även om det inte framstår som en enhetlig bild av hur huvudmannaskapet ska förefalla. Det som uttrycks i kontexten är att en förändring måste ske, där positiva konsekvenser som skulle följa en sådan förändring ofta lyfts fram.

De positiva utfall som i artiklarna beskrivs genom lösningen ”att förändra ansvaret och huvudmannaskapet” är bland annat att det skulle underlätta för exempelvis Socialstyrelsen, samt att fler skulle finna trygghet i beroendevården. På detta sätt konstrueras en glasklar lösning som stärks med ord som förtydligar att förändring av ansvar *bör* ske. Att använda sig av ”prognostic frames”, innebär att redogöra för vad som inte fungerar, och hur detta kan åtgärdas (Loseke 2003, s. 101). Det lyfts fram en ogynnsam bild av dagens huvudmannaskap, där ansvarsfördelningen inte stämmer överens med en anpassad vård för människor som drabbats av samsjuklighet. ”Prognostic frames” rättar enbart det som är fel (ibid.). Det är intressant i relation till att det i artiklarna inte förekommer någon detaljerad beskrivning av de tänkbara negativa konsekvenserna som en förändring av huvudmannaskapet skulle kunna medföra. Lösningarna framställs på detta sätt som fria från komplexitet och negativa konsekvenser.

Förutom lösningsbeskrivningar som gäller förändring av huvudmannaskapet, förekommer även andra framställningar i artiklarna. Dessa lösningar utspelar sig, likt frågan om huvudmannaskap, också på politik- och lagstiftningsnivå, genom att ansvaret för lösningarna läggs hos politikerna, att lagar behöver utvecklas, slopas eller en ny kommission tillsätts. Artikelförfattarna formulerar i dessa fall att det är politikerna som har möjligheten och makten att påverka problemet och dess lösningar genom att lyfta frågan. I denna kontext skrivs det

exempelvis om hur endast regeringen eller riksdagen kan agera för genomförandet av stora strukturella justeringar, lagändringar och tillsättandet av en narkotikakommission som följer den internationella utvecklingen för vård istället för straff. Formuleringar som ”visioner”, ”handlingskraft” och ”vilja att skapa ett system” förekommer i en artikel, där det beskrivs hur socialpolitiken ska förhindra att människor med samsjuklighet hamnar i livshotande situationer på grund av vårdsystemets brister.

I de förslag som behandlar lagändringar, formuleras bland annat att all tvångsvård skall samlas under LPT. Denna lagändring skulle innebära att sådan tvångsvård som motiveras av beroende, nu LVM, även skulle inrymmas under LPT. Det lyfts även fram förslag på att flytta över hela lagstiftningen som ligger under LVM, till LPT. Något som skulle innebära att ansvaret för patientgruppen tillfaller hälso- och sjukvården.

Loseke (2003, s. 98) beskriver hur en bild av en önskad lösning på ett problem konstrueras, vilket medför att det som ges är en förenklad bild som samtidigt utesluter negativa konsekvenser som kan medföra lösningen. Detta för att övertyga publiken om att förändringen kan förbättra omständigheterna. Att exempelvis slå samman LVM och LPT är mer komplext än vad som framställs i lösningen, då det är två väldigt omfattande lagar som skulle kräva tid, resurser och omfattande arbete för att förändra.

[...] Högsby kommun ska kontakta Region Kalmar län för att påbörja ett gemensamt arbete för att stärka vården vid så kallad samsjuklighet. Syftet ska vara att få gemensamma rutiner kring samarbetet. (Barometern 2020)

Hur vården ska förbättras är det som främst diskuteras i lösningarna angående problematiken samsjuklighet, där samverkan även sätter sin prägel. Det är inte enbart möjligheter nationellt utan också regionala och kommunala lösningar som tas upp gällande vård. I en del fall syftas det till en viss kommun eller en viss region för att uppmärksamma den bristande vården. Främst framhålls att det behövs tydligare ramar och samverkan för de som kommer i kontakt och arbetar med människor som lever i samsjuklighet. I artiklarna skrivs det om ”vem som ska göra vad” där betoning på samverkan yttras. Det handlar bland annat om samverkan mellan kommun och region, klargörande av ansvarsfördelningar, tydligare styrning eller ledning och ett strukturerat samarbete. I en del av materialet formuleras att läkares orosanmälningar gällande

tvångsvård måste väga tyngre, att det behövs ökade möjligheter till medicinering och ökad befogenhet för yrkesverksamma inom socialtjänsten att kunna komma in i människors hem.

Ett fåtal artiklar skriver om lösningar inom beroendevården som syftar till att få en mer ”jämlig och tillgänglig” vård. Det är varierande vad detta innebär, exempel som har förekommit är att ge anhöriga tillgång till Naloxon som används som motgift vid överdosering och drogfrihet med hjälp av psykiatrin för att möjliggöra genomförandet av en ADHD-utredning. Det förmedlas också i vissa av artiklarna att behandlingen av samsjukliga behöver inledas med fokus på psyket, där det argumenteras att det är där grundproblemet ligger.

I övrigt är den drabbades eget perspektiv, eller ett brukarperspektiv, vagt i artiklarnas lösningsbeskrivningar kring samsjuklighet. Främst i denna kontext handlar det om att ”klienterna ska driva sin behandling framåt” och då med hjälp av evidensbaserad praktik eller individuella genomförandeplaner. Vården och det stöd som erbjuds ska samordnas gemensamt i överenskommelse mellan personal och den drabbade. Lösningarna kring stödet för människor som lever med samsjuklighet formuleras som inriktat på att möjliggöra självständighet, men då ”utifrån sina förutsättningar”. Det handlar bland annat om självvald inläggning i psykiatrin, mötesplats med individuell inriktning och relationsbyggande efter behandling eller fängelse.

Det som krävs [...] är evidensbaserad behandling:

- På gruppnivå ska den framför allt vara anpassad efter kunskapsläget. Och därefter också anpassad till den enskilda patientens behov. (Dagens Nyheter 2019)

Vissa artiklar tar även upp hur det i dagsläget behövs en kompetensutveckling för att vården ska förbättras. Både att ta till sig kunskapsläge och internationella erfarenheter på en nationell nivå men även att erbjuda en kompetensutveckling inom beroendevården för psykisk ohälsa och suicidprevention är delar som nämns. Utöver kompetensutveckling inom vården beskrivs också hur en generell förbättring av vården kan ske, att mer resurser behöver satsas på området och att det krävs en förbättring och kvalitetshöjning av de verksamheter som redan finns.

Kort sagt formuleras lösningar för att förbättra vården med fokus både på specifika kommuner och regioner samt professioner. Artiklarna beskriver målsättningar i form av en jämlig och tillgänglig vård, och att utgångspunkten ska vara individens egna förutsättningar att bli så självständig som möjligt. Samtidigt formuleras kompetensutveckling och kvalitetshöjning på

en professions- eller gruppnivå som lösningar som är möjliga att implementera omgående. Däremot saknas ofta den drabbades eget perspektiv i de formulerade lösningarna.

När det poängteras att vården ska vara mer jämlik och tillgänglig för människor som lever med samsjuklighet så är det intressant *hur* det uttrycks i lösningen. ”Diagnostic frames” innebär hur problemet konstrueras och vad som, genom denna problemkonstruktion, blir den logiska lösningen på problemet (Loseke 2003, s.98). I de artiklar som lyfter fram jämlik vård som lösning beskrivs det inte som civila rättigheter som ska anpassas efter alla medborgare. Istället framställs lösningen som att vården behöver förändras enbart för vissa medborgare som passar in i specifika kategorier, vilket inte innefattar alla som lever i samsjuklighet. Dessa specifika kategorier är exempelvis människor som har ett beroende och vill genomgå en ADHD-utredning, eller människor som är i behov av att deras anhöriga har tillgång till läkemedel för att häva en eventuell överdos.

Somliga lösningar framställs som någonting som kan tillsättas omgående. Det beskrivs i vissa artiklar att det behövs mer kompetens och utveckling av befintlig kunskap bland de professionella. Att tillföra kunskap i form av utbildning eller kurser kan ses som en enkel åtgärd för att lösa problematiken kring vården av samsjuklighet. Effektiva lösningar som inte ger uttryck för komplexitet och höga kostnader, anses produktiva och når lättare ut till en större publik (Loseke 2003, s. 106). Det framställs en bild av att problematiken är möjlig att lösa med enklare tilltag, men det kan även skildras ”symboliskt”. Loseke skriver om hur symboliska lösningar i vissa fall utelämnar ”skadan” – vilket i denna uppsats motsvarar de drabbade som ”faller mellan stolarna” – och då inte löser det aktuella problemet (ibid.). Symboliska lösningar är något som främst skapas på och inför en politisk nivå men det är den konkreta och enkla bilden som konstrueras av artikelförfattarna.

6.6. Sammanfattning

Sammanfattningsvis framställdes samsjuklighet i empirin som ett utbrett och vanligt problem, och som en kombination av psykisk ohälsa och beroende. De två tillstånden ansågs försvåra varandra, och ytterligare försvårande omständigheter ansågs vara skam och stigma kopplat till beroende. Det förekom många olika beskrivningar av vilka psykiska tillstånd det kan handla om, men desto färre beskrivningar av olika former av beroende. Samsjuklighet framställdes

som något som för med sig stora konsekvenser i form av lidande för den drabbade, och kanske framförallt för de anhöriga. Det beskrevs som ett komplext och svårslösligt problem, som också var förknippat med andra problem som suicid, överdos, arbetslöshet, ensamhet och fattigdom.

De som drabbas och deras anhöriga, formulerades i det närmaste som varandras motsatser. De anhöriga beskrevs som aktiva men utmattade, de drabbade beskrevs framförallt som passiva. Även om passivitet och utmattning kan tolkas som angränsande till varandra sett till hur det tar sig fysiskt uttryck hos en människa, tolkades den drabbades passivitet som skild från anhörigas utmattning. Passiviteten hos den drabbade kom fram genom beskrivningar av en oförmögenhet att göra något åt sin livssituation, medan utmattningen hos den anhörige kom fram genom skildringar av ett stort intresse för att hjälpa den drabbade, men utan lyckat resultat. De drabbade, så som de beskrevs i texterna, togs ifrån sin status som interagerande subjekt. Genomgående beskrevs de som objekt som föstes fram och tillbaka, och runt. Det gjordes därmed svårt för publiken att identifiera sig med gruppen, något som Loseke (2003) menar har stor betydelse för om problemet ses som viktigt eller ej.

När lösningarna beskrevs i materialet, gjordes inte heller det utifrån den drabbades perspektiv. Samsjuklighet beskrevs, utifrån dess komplexitet, behöva särskilda lösningar. I materialet framhölls den nuvarande situationen genomgående som oönskad. Förslagen till förändringar varierade men sammantaget framgick inga konkreta lösningar. Sammanfattningsvis ansågs att det bör ske en utveckling av den vård som ges: genom införandet av en fungerande parallell behandling samt förändringar för professioner som kommer i kontakt med den drabbade. I materialet fann vi både argument för att förändra huvudmannskapet, men också lagstiftningen och då främst gällande LVM och LPT. Detta för att stärka samverkan mellan professionerna.

7. Avslutande diskussion

I följande avsnitt kommer resultat och analys att diskuteras i relation till uppsatsens frågeställningar, med beskrivning av vilka teman som kopplats till respektive frågeställning. Därefter kommer metodologiska konsekvenser att diskuteras. Avslutningsvis kommer vi att lyfta iakttagelser som väckt vårt intresse, men som inte funnits plats för att redogöra för i analysen, under avsnittet *Ett perspektiv som saknas*.

7.1. Återkoppling till frågeställningar

Rubriken *Samsjuklighet: ett allvarligt, komplext och skamfullt problem* härrör från vår kodning av *problemets karaktär*, och kopplas till vår första frågeställning: *Hur framställs samsjuklighet som socialt problem i svensk dagspress?*

Kombinationen av psykisk ohälsa och beroende beskrevs som vanligt förekommande, men de som drabbas beskrevs som en ”ovanlig patientgrupp” som inte kan få hjälp inom ”den vanliga vården”. Dessa beskrivningar står helt i motsats till varandra, vilket ger upphov till följdfrågor. Kritik mot dagens hantering av samsjukliga lyftes ofta fram i artiklarna, och stärktes genom metaforer som att patienter skyfflas och bollas runt. I materialet formulerades claims som framhöll att samsjuklighet som socialt problem behöver mer uppmärksamhet än det fått hittills. Det faktum att termen samsjuklighet ännu inte etablerats i det svenska samhället, och den förvirring som råder kring vad det egentligen är, styrker ett sådant claim.

Rubrikerna *De drabbade: passiva, objektifierade bärare av negativa associationer* samt *Anhöriga: aktiva och ihärdiga, men också kraftlösa och utmattade* härrör från vår kodning av *problemets aktör*, och kopplas till vår andra frågeställning: *Hur konstrueras de som drabbas och de anhöriga?*

De drabbade beskrevs inte som interagerande individer, vilket gör det svårt att identifiera sig med dem. De reducerades till sin sjukdom genom att beskrivningarna av dem framförallt hänvisade till samsjukligheten och inte till individuella personligheter eller berättelser. I analysen tog vi upp två exempel på när en annorlunda bild av den drabbade framträdde i materialet. De två personer som beskrevs då, beskrevs på ett sätt som möjliggjorde igenkänning hos publiken. Vi har under arbetet med den här uppsatsen reagerat starkt på avsaknaden av den drabbades perspektiv, och det är ett mönster som oroar oss. Det faktum att så nära som inga personliga berättelser från drabbade uppmärksammas av journalister, ger upphov till frågor. Det hade varit positivt att i lösningsförslag ta i beaktande exempelvis utsagor från människor som tidigare haft samsjuklighet, om vad de tror hade hjälpt dem när de var sjuka. En annan positiv aspekt av att lyfta de drabbades röster är att det hade kunnat medföra en minskad stigmatisering. De samsjukliga beskrivs som isolerade, ensamma och segregerade från övriga samhället. Att lyfta deras röster hade kunnat leda till att känslan av utanförskap eller skam,

reduceras. Det hade också skickat signaler till dem själva och till andra att deras röster är viktiga och värdesätts.

De anhöriga framställdes i materialet som starka människor som bedriver en kamp för den drabbades rätt att få vård. Å andra sidan beskrevs de också som uppgivna, trötta och oroliga. Materialet innehöll många intervjuer med anhöriga, och nästan inga alls med de drabbade. De anhöriga kan därför ses som språkrör för de drabbade, och det har gett upphov till frågor som uppkommit under vår analys, något som kommer lyftas i avsnittet *Ett perspektiv som saknas*.

Rubrikerna *Allas och ingens ansvar* samt *Lösningar: rätt behandling och samverkan* härrör från vår kodning av *problemets aktör* och *problemets lösningar*, och kopplas till vår sista frågeställning: *Vilka lösningar formuleras och vem skildras som ansvarig för dessa?*

I materialet har ansvariga för vården av samsjukliga beskrivits som psykiatri, beroendevård och socialtjänst. Genom formuleringar som att de drabbade ”bollas runt” har materialet tolkats som att ingen av ovanstående verksamheter tar ”sitt” ansvar för patientgruppen. Däremot har det också framgått att verksamheterna själva, när representanter från dessa intervjuas, menar att de visst vill ta ansvar för gruppen. Det framstår då snarare som att de *konkurrerar* om de samsjukliga. Verksamheten inom hälso- och sjukvården har menat att socialtjänsten förväntas göra deras jobb, men utan rätt kompetens. Socialtjänsten har beskrivits sakna kompetens för att arbeta med de drabbade, och psykiatrin har framställts som en inhuman verksamhet som ställer orealistiska krav på de drabbade. Verksamheterna har också formulerat att de inte kan sluta ge de drabbade vård, eftersom de då riskerar att ”gå under”.

Många av förslagen på lösningar hamnade under kategorin ”luddiga” i vårt kodningsschema. Antingen var de otydliga i vad en viss förändring skulle medföra (positiva och/eller negativa konsekvenser), eller var de bara fullkomligt oklara sett till vad som skulle göras. Ett sådant lösningsförslag tas upp i analysen, och behandlade polisens möjlighet att avbryta riskbruk innan det utvecklas till ett beroende. För det första är det intressant att det, trots nuvarande situation där samverkan mellan kommun och region fungerar dåligt, önskas blanda in ytterligare en yrkesgrupp i hanteringen av samsjuklighet. För det andra är det väldigt oklart hur ”avbrytandet av ett riskbruk” ska ske. Hur ska polisen göra det? Hur ska de ha tid med det? Frågorna är fler än svaren.

De som skildrades som ansvariga för lösningarna var framförallt politiker, eller mer generellt ”politiken”. Från en politisk nivå ansågs förändringar vara möjliga, till skillnad från exempelvis brukarföreningar eller ideella organisationer, vilka annars också kan påverka till förändring.

7.2. Metodologiska konsekvenser

I det insamlade och analyserade materialet fanns ett antal artiklar av typen debattartiklar. Dessa artiklar utmärkte sig från det övriga materialet genom att de oftare var mer kritiska till den rådande situationen gällande exempelvis Sveriges narkotikapolitik och lösningar kring vården av samsjukliga. Övriga artiklar, som nyhetsartiklar där anhöriga eller professionella intervjuats, har dock inte heller varit utan kritisk vinkel. Det som har framgått av materialet är att de flesta är missnöjda med dagens hantering av samsjuklighet.

Debattartiklar har ofta förekommit i form av ”svar” till andra skribenter, något som gjort att ursprungsfrågan eller kontexten ibland har varit svår att förstå. Artiklarna har ofta skrivits av medlemmar från politiska partier, men detta har då också framgått i artikeln. I materialet har även funnits ledarsidor, där tidningens politiska inriktning har blivit förhållandevis tydlig.

Dessa skiljer sig från till exempel anhöriga som intervjuas, eftersom politiska texter oftare har budskap som är gynnande för partiet eller väljer att lyfta fram en del saker men också utesluta andra. Politiker har också från början större makt och möjlighet att dels påverka andra, dels göra skillnad. Anhöriga som intervjuas har oftast upplevts, genom intervjuer, uppmärksamma specifika olyckor eller händelser som påverkat deras liv starkt. Exempelvis att deras sjuka anhöriga har avlidit till följd av sitt narkotikabruk. Medan de politiskt färgade artiklarna innehåller slagord och formuleringar som skulle kunna platsa på ett plakat i ett demonstrationståg, innehåller intervjuer med anhöriga känslostarka beskrivningar av hur deras vardag ser ut. Alternativ till vårt tillvägagångssätt, hade kunnat vara att låta urvalet bestå av enbart debattartiklar och ledarsidor, eller utesluta dem helt. Vi tycker dock att förekomsten av debattartiklar har gett mer till analysen än om de inte tagits med i urvalet. Särskilt i förhållande till problemets lösningar, där de politiskt präglade artiklarna haft många intressanta aspekter att tillföra analysen. Debattartiklar förekom även som skrivna av medlemmar i brukarråd, något som vi tycker har varit givande då det i resterande material ofta saknats ett brukarperspektiv.

7.3. Ett perspektiv som saknas

Under skrivandet av denna uppsats har frågor och funderingar kring det som inte lyfts fram i artiklarna uppstått, nämligen den drabbades eget perspektiv. Vi har i uppsatsen redogjort för hur det i en stor del av materialet refereras till anhöriga som språkrör för den drabbade. Detta lämnar oss med frågan om vad som sker med de individer som saknar ett sådant socialt kapital. I materialet beskrevs de drabbade som ensamma och isolerade, och en sådan beskrivning, om den stämmer, medför att många av de drabbade också kan sakna anhöriga som är beredda att kämpa för deras rätt till vård. I efterdyningarna av Uppdrag Gransknings reportage kan vi nu läsa att Sanne fått hjälp från flera olika håll med sin samsjuklighet. För de som inte har en anhörig som strider för dem, innebär det enligt vår studie att chansen att de kommer till tals är mycket liten. Vi hade önskat att fler av dessa röster kunde få höras, oavsett hur starkt, eller svagt, socialt nätverk den drabbade har. Genom media hade samsjuklighet kunnat få en annan form än den stereotypa bild av problemet som vi funnit i vårt material.

8. Litteraturlista

8.1. Litteratur

Bryman, Alan (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Tredje uppl. Malmö: Liber AB

Folkhälsomyndigheten (2019). *Skillnader i psykisk ohälsa bland äldre personer: En genomgång av vetenskaplig litteratur samt en epidemiologisk studie*. Hämtad 2020-05-15 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/85e04b9f6cde4e8daa2894d389ade1ad/skillnader-psykisk-ohalsa-aldre-personer.pdf>

Inspektionen för vård och omsorg (2017). *Tillsynsrapport 2016: De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprovning för verksamhetsåret 2016*. Hämtad 2020-05-15 från: <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2017/tillsynsrapport-2016.pdf>

Jönson, Håkan (2010). *Sociala problem som perspektiv: en ansats för forskning & socialt arbete*. Första uppl. Malmö: Liber

Kelly, M. Thomas & Dennis C. Daley (2013). Integrated Treatment of Substance Use and Psychiatric Disorders, *Social Work in Public Health*, 28 (3): 388 – 406.

Lind, Rolf (2019). *Vidga vetandet: Teori, metod och argumentation i samhällsvetenskapliga undersökningar*. Andra uppl. Lund: Studentlitteratur

Loseke, Donileen R. (2003). *Thinking about social problems: an introduction to constructionist perspectives*. Andra uppl. New York: Aldine de Gruyter

Nationalencyklopedin (u.å.). Komorbiditet. Tillgänglig: Nationalencyklopedin. [2020-05-22]

Prop. 1981/82:97. *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.* Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2020-05-15 från: <https://data.riksdagen.se/fil/2F0DB8BF-6C01-4E58-AD36-CBEC9B396FF2>

SFS 1988:870. *Lag om vård av missbrukare i vissa fall.*

SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård.*

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag.*

SFS 2003:192. *Lag om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.*

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag.*

SFS 2014:821. *Patientlag.*

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag.*

Skogens, Lisa, Ninive von Greiff & Alain Topor (2018). Initiating and maintaining a recovery process – experiences of persons with dual diagnosis, *Advances in Dual Diagnosis*, 11 (3): 101–113.

Socialstyrelsen (2019a). *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*. Hämtad 2020-05-15 från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6481.pdf>

Socialstyrelsen (2019b). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*. Hämtad 2020-05-15 från:
<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/missbruk-och-beroende/>

Subodh B.N, Nidhi Sharma & Raghav Shah (2018). Psychosocial interventions in patients with dual diagnosis, *Indian Journal of Psychiatry*, 60 (8): 494–500.

Sveriges Kommuner och Regioner (2020). *Insatser inom området psykisk hälsa: Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)*. Hämtad 2020-05-15 från:

<https://skr.se/download/18.47edd5e216ffdb5867cd67d5/1580981876799/Overenskommelse%20Insatser%20inom%20omr%C3%A5det%20psykisk%20halsa%202020.pdf>

Thomassen, Magdalene (2007). *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion till vetenskapsfilosofi*. Första uppl. Malmö: Gleerups utbildning

Waal, Helge (1998). Understanding the incomprehensible: Limited rationality as an approach to "double-diagnosis" patients, *Nordic Journal of Psychiatry*, 52 (1): 23–29.

8.2. Empiri

Ahlström, Yvonne, Susanna Alakoski, Erik André, Titti Frisk Hagström, Carina Håkansson & Daniel Riddez (2018). Ett systemfel när människor tillåts gå under. *Göteborgs-Posten*, 27 november, s. 4. Tillgänglig: Retriever [2020-04-01]

Bergquist Andersson, Eva (2020). Oro för missbruksvård – KD vill stärka samarbete. *Barometern*, 20 februari, s. 35. Tillgänglig: Retriever [2020-04-01]

Erixon, Lena (2019). Sjuka människor ska inte behöva bollas runt. *Arbetsbladet*, 27 januari, s. 31. Tillgänglig: Retriever [2020-04-01]

Gräsbeck, Anne (2019). Lunds sparkrav drabbar yngre med allvarliga psykiska funktionshinder. *Sydsvenskan*, 19 juni, s. 11. Tillgänglig: Retriever [2020-04-01]

Jonason, Karolina (2019). I mer än 20 år levde Per med dubbeldiagnos. *Söderhamns-Kuriren*, 26 juli, ss. 4–5. Tillgänglig: Retriever [2020-04-01]

Jonason, Karolina (2019). Lagstiftning och delat ansvar försvårar vården. *Söderhamns-Kuriren*, 27 juli, ss. 4–5. Tillgänglig: Retriever [2020-04-01]

Kjellberg, Sylvia (2018). Kämpar för att få behandling på annan plats i landet. *Dala-Demokraten*, 22 oktober, ss. 8–9. Tillgänglig: Retriever [2020-04-01]

Lefvert, Märta (2019). Missbrukare blir av med sitt stöd. *Mitt i Söderort Farsta-Sköndal*, 26 mars, s. 7. Tillgänglig: Retriever [2020-04-01]

Lernfelt, Malin (2018). Vården sviker människor med dubbeldiagnoser. *Hallandsposten*, 22 november, s. 2. Tillgänglig: Retriever [2020-04-01]

Loord, Jimmy, Acko Ankarberg Johansson, Michael Anefur & Pia Steensland (2019). Nu ska beroende- och psykvården bli bättre. *Nyheterna Östra Småland*, 15 april, s. 18. Tillgänglig: Retriever [2020-04-01]

Magnusson, Åsa, Joar Guterstam & Markus Heilig (2019). "Låt sjukvården ta ansvar för beroendesjukdomar". *Dagens Nyheter*, 14 maj, s. 5. Tillgänglig: Retriever [2020-04-01]

Norman, Lena (2019). Viktigt förstå bakomliggande orsaker till missbruk. *Göteborgs-Posten*, 1 juli, ss. 19–20. Tillgänglig: Retriever [2020-04-01]

Olsson, Janette (2018). Patienter ska inte trilla mellan stolarna. *GT*, 10 december, s. 4. Tillgänglig: Retriever [2020-04-01]

Olsson, Janette & Kerstin Brunnström (2018). Psykiatrin i Västra Götaland måste stärkas. *Göteborgs-Posten*, 11 december, s. 5. Tillgänglig: Retriever [2020-04-01]

Schmidt, Morgan (2019). Socialnämnd mot nytt mångmiljonunderskott. *Värmlands Folkblad*, 28 augusti, s. 5. Tillgänglig: Retriever [2020-04-01]

Sivén, Marita (2020). Så här jobbar vi på Öppenvård missbruk vuxen. *Vestmanlands Läns Tidning*, 2 januari, s. 23. Tillgänglig: Retriever [2020-04-01]

Skoog, Anna (2019). "Man måste behandla beroende och annan psykisk sjukdom samtidigt". *Dagens Nyheter*, 27 november, ss. 30–31. Tillgänglig: Retriever [2020-04-01]

Skoog, Anna (2019). "Psyisk stress ökar risken för återfall vid beroende". *Dagens Nyheter*, 28 november, ss. 38–39. Tillgänglig: Retriever [2020-04-01]

Värnamo Nyheter (2020). Missa inte KD:s poänger, 4 januari, s. 2. Tillgänglig: Retriever [2020-04-01]

Öjehagen, Agneta & Claudia Fahlke (2020). Sluta utreda – ge rätt vård till dem med beroende. *Svenska Dagbladet*. 4 mars, s. 4. Tillgänglig: Retriever [2020-04-01]

9. Bilaga 1: Kodningsschema

Problemkomponent	Frågor
Karaktär	Vad för slags problem är det? Var är det lokaliserat? Hur anses det vara besläktat med andra problem? Har problemet någon "kärna", någon bärande idé? Hur ser avgränsningarna ut?
Orsaker	Vilka orsaker anges? En eller flera sammanhängande? Voluntaristiska eller deterministiska förklaringar till problemet? Talas det om omoral och skuld?
Konsekvenser och omfattning	Vilka slags skador och olägenheter beskrivs? Anses problemet vara litet och avgränsat eller stort? Ett hot? Hanterbart eller ohanterligt?
Historia och utveckling	Hur beskrivs uppkomst, upptäckt, utveckling och framtid/ prognos?
Lösningar	Vilka förslag till lösningar ges? Vem anses vara lämplig och/ eller ansvarig att lösa problemet? Alla? Den som bär problemet? Experter?
Aktörer (drama och roller)	Vilka är problemets huvudsakliga aktörer? Förekommer (dramatiserande) utpekanden av offer/ stackare, skurkar, räddare, publik?
Illustrationer och exempel	Vilka metaforer, bärande begrepp, typfallsberättelser, slagord och ikoner används när problemet beskrivs? Hur personifieras problemet?