



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Ett fenomen - flera perspektiv

- **En studie kring yrkesverksammas konstruktion av individer vilka lider av samsjuklighet i form av missbruk och psykisk ohälsa**

Hilda Andreasson & Maria Geritz

Kandidatuppsats SOPA 63
VT 2020
Handledare: David Hoff

Abstract

Authors: Hilda Andreasson & Maria Geritz

Title: A phenomenon – several perspectives. A study concerning professionals' construction of individuals suffering from co-morbidity in the form of abuse and mental illness.

Supervisor: David Hoff

Assessor: Anders Östnäs

The purpose of this study has been to investigate, through a discourse analytic approach, how professionals construct co-morbidity, in the form of abuse and mental illness, in relation to LVM and LPT. "

To be able to carry out our study, we have used qualitative interviews as a method. We conducted a total of eight interviews with three social secretaries, two psychiatrists, two politicians and one councillor.

The conclusions we have reached through the statements of these professionals are that comorbidity in which the individual suffers from mental illness and abuse cannot be uniformly defined. This being because there are different discourses in the different activities. The professionals all talk of comorbidity in the form of abuse and mental illness as a problem that exists, but they do problemize that the legislation does not take these individuals into account and that the individuals therefore often "fall between the chairs" or become "black cats".

Abstract: comorbidity, addiction, mental disorder, LVM, LPT

Abbreviations:

LPT Act (1991: 1128) on psychiatric compulsive care (Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård)

LVM- Law (1988: 870) on the care of addicts in certain cases (Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall)

SFS- Swedish constitutional collection (Svensk författningssamling)

SoL- Social Services Act (2001: 453) (Socialtjänstlag (2001:453))

SOSFS- Social Board's constitutional collection (Socialstyrelsens författningssamling)

SOU State Public Investigations (Statens offentliga utredningar)

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till de människor som deltog i våra intervjuer, utan er hade denna studie inte varit möjlig. Vi vill också tacka varandra, Otto, Anders och Svante-Kåre för att tillsammans ha lyckats slutföra denna uppsats. Tack!

Hilda Andreasson och Maria Geritz 26 Maj 2020

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	6
1.1 Problemformulering	6
1.2 Syfte	8
1.3 Frågeställningar	8
1.4 Begreppsförklaring.....	8
2 Kunskapsläget.....	11
2.1 Inhämtning av tidigare forskning	11
2.2 Tidigare forskning.....	11
3 Teoretiska utgångspunkter.....	17
3.1 Teori	17
3.2 Socialkonstruktivism.....	17
3.3 Diskursanalys.....	17
3.4 Teoretiska begrepp	18
3.5 Foucaults maktteori.....	19
4 Metod	20
4.1 Metodologisk diskussion	20
4.2 Kvalitativ intervjumetod.....	21
4.3 Urval.....	22
4.4 Genomförande och material	25
4.5 Bearbetning och analys	27
4.6 Metoddiskussion	28
4.7 Tillförlitlighet	29
4.8 Förförståelse	30
4.9 Forskningsetiska överväganden	31
5 Arbetsfördelning	32
6 Resultat och analys	33
7 Avslutande diskussion.....	44

Referenslista	47
Bilagor	50
Intervjuguide	50

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Varje kommun ska främja människors sociala trygghet och deras verksamheter ska bedrivas på ett sådant sätt som respekterar individens självbestämmanderätt. Insatser som erbjuds individer ska så långt som möjligt ske på frivilliga grunder, fram till dess att individen befinner sig i en sådan situation att tvång endast återstår (Socialtjänstlag 2001:453).

Tvångsvården i Sverige grundar sig i de två lagstiftningarna Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall¹ samt Lag (1997:1 128) om psykiatrisk tvångsvård². Man kan antingen tvångsvårdas enligt LVM under kommunens regim eller enligt LPT under regionens regim. Samsjuklighet där individen lider av flertalet sjukdomstillstånd samtidigt är vanligt förekommande (SOU, 2011:35, s. 109). I denna studie är vi intresserade av den typ av samsjuklighet där individen lider av missbruk och psykisk ohälsa parallellt.

Rystedt (2018) presenterar att behandlingen av samsjukliga, där individen lider av psykisk ohälsa och missbruk, kräver att sjukdomstillstånden behandlas parallellt. Detta då individen annars tillfrisknar från det ena tillståndet men faller tillbaka på grund av det som är obehandlat. Även Morley et al (2015, s. 420) redogör för att en integrerad vård för både missbruket och den psykiska ohälsan har resulterat i att individen har fått en förbättrad förmåga att kunna hantera sin missbruksproblematik än i de fall där vården varit uppdelad. Tillika presenterar Wüsthoff, Waal och Gråwe (2014, s. 4) att behandlingsresultaten blir sämre när behandlingen inte kan ske integrerat. Samtidigt har vården svårigheter att erbjuda patienter en sådan behandling. Även tvångslagstiftningarna blir problematiska när en individ är i behov av tvångsvård för både sitt missbruk och sin psykiska ohälsa. Detta då det behöver ske ett ställningstagande kring enligt vilken av de två tvångslagstiftningarna individen ska omhändertas även om forskningen tyder på att de är i behov av en integrerad vård.

¹ Vilken kommer benämnas LVM i denna studie. SFS 2019:357.

² Vilken kommer benämnas LPT i denna studie. SFS 2019:359

Uppdrag granskning (SVT nyheter, 2018) följde den unga kvinnan Sanne under tre års tid, vilket resulterade i programmet ” Vem kan rädda Sanne? ”. Där framkom det att Sanne som lider av både psykisk ohälsa och missbruk flyttas mellan olika vårdinrättningar och får inte den hjälpen hon behöver. Sanne har blivit psykiatriskt tvångsvårdad 21 gånger och flertalet gånger skrivits ut med hänvisning till hennes samtidiga missbruk. När Sanne skickats på behandling mot sitt missbruk har inte heller de kunnat hjälpa henne, då hon där förklarats som för sjuk i anorexi och annan psykisk ohälsa. Detta har resulterat i att Sanne skickats omkring i vårdsystemet mellan de två lagstiftningarna Lag (1988:870 om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Att Sannes situation har blivit känd genom media tyder på att problematiken kring denna typ av samsjuklighet har uppmärksamats i samhället. Genom att problematiken har synliggjorts och det samtidigt berör det sociala arbetet blir detta därför relevant att studera för oss yrkesverksamma socionomer.

Enligt Socialstyrelsen (2019, s. 56) har mellan 30 – 50 procent av de som vårdas för sin missbruksproblematik parallellt en psykisk sjukdom såsom personlighetsstörning, ångest- och depressionssjukdom. Detta påvisar även Miller, Forcehimes och Zweben (2011, s. 4) som beskriver att majoriteten av människor med alkohol- eller drogmissbruk har en tillhörande psykisk ohälsa. Vidare redogör Socialstyrelsen (2019, s. 56) för att runt 20 – 30 procent av de som vårdas för psykisk sjukdom parallellt har beroende- eller missbruksproblematik. I delbetänkandet av missbruksutredningen från 2011 (SOU, 2011:6, s. 225) framkommer det att samsjuklighet innebär en ökad risk för suicidförsök och suicid. Vidare belyser även Drake (2007, s. 382f) att dödligheten bland individer som lider av samsjuklighet är åtta gånger större än de som endast lider av missbruk eller psykisk ohälsa. Behovet av vård är därför mer betydande för dessa individer. Utifrån detta synliggörs problematiken kring individer som lider av samsjuklighet då de löper större risk att fara illa än personer som lider av antingen missbruk eller psykisk ohälsa. Samtidigt visar studier på att dessa individer är i behov av en integrerad vård men att denna typ av vård saknas utifrån brist på resurser och kunskap kring problematiken. Vidare hindrar även de två tvångslagstiftningarna LVM och LPT att individer som lider av samsjuklighet får en integrerad vård.

Ytterligare lyfter Hydén (2015) språkets betydelse kring konstruktionen och förståelsen av ett sjukdomstillstånd. Skilda perspektiv på situationen bidrar till att patienters sociala verklighet förändras beroende på vilken vårdinrättning som beskriver individens sjukdomstillstånd. Det blir på så sätt problematiskt för individer som lider av samsjuklighet då de kommer i kontakt med flera instanser som därför har olika perspektiv på problematiken. Med anledning av problemområdena vi funnit kring samsjuklighet finner vi det därför intressant att undersöka hur yrkesverksamma, som kommer i kontakt med individer vilka är samsjukliga, beskriver fenomenet ute på fältet.

1.2 Syfte

Syftet med denna studie är att genom ett diskursanalytiskt angreppssätt undersöka hur yrkesverksamma konstruerar samsjuklighet, i form av missbruk och psykisk ohälsa, i relation till tvångslagstiftningarna LVM och LPT.

1.3 Frågeställningar

- Hur konstruerar berörda yrkesverksamma individer vilka är samsjukliga i form av missbruk och psykisk ohälsa och har behov av vård enligt LVM eller LPT?
- Vilka sociala effekter får de yrkesverksammas framställning av individer vilka är samsjukliga i form av missbruk och psykisk ohälsa?

1.4 Begreppsförklaring

Anledningen till att vi lyfter fram tvångsvården LVM och LPT i vår studie beror på att vi vill belysa de individer vilka är allvarligt samsjukliga och är i behov av tvångsvård. Detta då en integrerad tvångsvård inte går att tillämpas utifrån att lagstiftningen hindrar samtidig vård av LVM och LPT.

1.4.1 Missbruk

Begreppet missbruk kan ses som ett samlingsnamn för att beskriva en individs dysfunktionella användning av eller förhållande till något. Termen syftar till alla former av missbruk som exempelvis av spel, mat, relationer, alkohol och narkotika (Fahlke, 2012, s. 14f). När vi i denna studie hänvisar till begreppet syftar vi på missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel.

1.4.2 Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)

Beredande av vård

4 § Tvångsvård skall beslutas om,

1. någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk,
2. vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (2001:453) eller på något annat sätt, och
3. han eller hon till följd av missbruket
 1. utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
 2. löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller
 3. kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående (SFS 1988:870; senast reviderad 2019).

Samtliga myndigheter som kommer i kontakt med individer vilka har ett missbruk ska genast anmäla till socialnämnden om de upplever att en person är i behov av vård enligt LVM (Regeringskansliet, 2019). I denna studie har vi valt att begränsa oss till socialförvaltningen som myndighet och vidare socialsekreterare på vuxenheten. De har bland annat i uppgift att utreda behov och erbjuda frivillig vård för personer med missbruksproblematik. Socialnämnden tillhör socialförvaltningen och utför kommunala uppdrag. När en anmälan inkommer från exempelvis socialsekreteraren är det socialnämnden som beslutar om läkarbedömning och utredning av individens situation (ibid). I den berörda kommunen är det främst LVM-handläggare, vilka enbart utreder individer som är aktuella för tvångsvård enligt LVM, som samlar in underlag till socialnämndens bedömning. Anser socialnämnden att individen är i behov av tvångsvård ska de ansöka om vård hos förvaltningsrätten som sedan fattar beslut om detta. Socialnämnden kan även utföra ett omedelbart omhändertagande i de fall individen befinner sig i sådan fara med anledning av sitt missbruk att personen behöver tillsyn tills dess att förvaltningsrätten beslutat om tvångsvård (ibid).

1.4.3 Allvarlig psykisk störning

Begreppet allvarlig psykisk störning berör flera psykiska tillstånd men beskrivs initialt utifrån att individen lider av en störd verklighetsbild med symptom av

vanföreställningar, förvirring och hallucinationer. Även allvarliga depressioner med självmordstankar och personlighetsstörningar med exempelvis psykotisk karaktär kännetecknas som en allvarlig psykisk störning. Vidare inrymmas de tillstånd då individen på grund av missbruk av alkohol eller narkotika drabbas av psykoser eller allvarliga förvirringstillstånd i begreppet (Socialstyrelsen, 2009, s. 15).

1.1.4 Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT)

Förutsättningar för tvångsvård

3 § Tvångsvård får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt

1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller

2. behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).

En förutsättning för vård enligt denna lag är att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke (SFS 1991:1128; senast reviderad 2019).

Socialekreterares huvuduppgift på socialförvaltningen är att på ett frivilligt och hänsynstagande sätt främja människors trygghet i samhället. När de frivilliga insatserna från socialförvaltningen inte är tillräckliga kan individer som lider av en allvarlig psykisk störning bli aktuella för vård enligt LPT. För att kunna besluta om tvångsvård krävs det en särskild läkarundersökning där det i samband med denna utträts ett vårdintyg av läkaren. Undersökningen får endast ske då det finns en skälig anledning att tro att personen är i behov av vård enligt LPT och i intyget ska det framgå att individen uppfyller förutsättningarna för tvångsvården. Beslutet från chefsöverläkaren gäller i upp till fyra veckor som därefter måste ansöka om medgivande för vidare tvångsvård via förvaltningsrätten (Regeringskansliet, 2019).

2 Kunskapsläget

2.1 Inhämtning av tidigare forskning

Vi har i vårt sökande efter tidigare forskning använt oss av databasen Google Scholar, Lubsearch samt sökt i socialvetenskapligtidskrift och socialmedicinsktidskrift. För att finna aktuella rapporter, artiklar och avhandlingar valde vi att använda oss av sökorden; samsjuklighet, mental disorder and drug use, psychiatric comorbidity, alcohol and drug abuse with comorbidity, socialwork and comorbidity samt kommunikation. I sökandet av tidigare forskning kring samsjuklighet har vi främst hittat studier som utgått från medicinska synvinklar, samt studier som betonar effektiviteten i användningen av olika sorters behandlingsmetoder. Vi har därför valt att även använda oss av forskning som berör behandling, samverkan, tvångsvård och sambandet mellan psykisk ohälsa och missbruk för att presentera studier som utgått från det sociala arbetet.

2.2 Tidigare forskning

2.2.1 LVM-vård

Billquist och Skårner (2017, s. 243, 258f) har studerat fyra LVM-hem där varje klient har tilldelats en kontaktperson som ett individuellt stöd under vårdtiden. I resultatet framkommer det att förhållandet mellan tvång och relationsskapande är komplext när en individ är omhändertagen enligt LVM. Det är inte alltid som klienter och kontaktpersoner utvecklar genuina relationer eftersom kontaktpersonen befinner sig i en kontrollerande position. Här betonas den dubbla målsättningen som kontaktpersonen har i att kontrollera klienten och samtidigt hjälpa individen. LVM-vården blir därför paradoxal i den bemärkelsen att kontrollfunktionen motsäger tanken att behandling ska leda till frigörelse. Klienterna på LVM-hemmen har vanligen många års erfarenhet av olika behandlingar och behandlingshem. Detta är ett resultat av att LVM-institutionerna inte lever upp till den nivå som klienterna förväntar sig, vare sig det gäller utbudet av behandlingsinsatser, personalens kompetens eller resultatet efter behandlingen. För att klienterna ska kunna få tillräckligt med hjälp och stöd på LVM-hemmen behöver de tillsammans med personalen skapa ett välfungerande samarbete. Relationen kan inte enbart utgå från de olika former av makt som tilldelats personalen i deras yrkesroll utan behöver även byggas på den makt som klienten ger personalen (Billquist & Skårner, 2017, s. 255, 260).

I en doktorsavhandling av Ekendahl (2001, s. 5, 199) har 54 individer med alkohol- och narkotikamissbruk från fem olika LVM-hem intervjuats kring deras upplevelser gällande LVM-vården. Majoriteten av klienterna som deltog i studien upplevde att LVM kan vara relevant när missbruket verkligen är en fara för livet. Få av de intervjuade ansåg att det i deras situation behövdes tvångsvård och majoriteten uttryckte att LVM är bra i teorin men inte i praktiken. Vidare uppfattades klienterna som klivna i sina åsikter huruvida LVM var adekvat i vissa fall och andra inte. I resultatet av studien lyfter Ekendahl (2001, s. 137) att de individer som deltog i studien beskrev den aktuella tvångsvården som friare än öppenvårdsbehandlingar i den bemärkelsen att individen själv kan bestämma om hen vill delta i behandling eller inte. Ekendahl (2001, s. 137) anser därför att det på så sätt blir paradoxalt då det finns utrymme i samhället att tvångsvårda människor men sedan inte juridisk kraft att få de tvångsintagna till att aktivt delta i behandlingen.

2.2.2 LPT-vård

Inom hälso- och sjukvård har samtycket blivit en viktig aspekt de senaste decennierna och det finns en tanke kring att patienten själv ska kunna fatta beslut om behandling eller vård. Samtidigt är det möjligt att bedriva psykiatrisk tvångsvård vilket motsäger sjukvårdens grundtanke kring individens frihet att få besluta om sin egen vård vilket gör att det uppstår ett etiskt dilemma. Vidare utvecklas en maktdynamik inom den psykiatriska vården mellan vårdare och de som blir vårdade vilket gör att patienten kan uppleva en maktobalans och därför bli ofrivilligt följsam för att inte utsättas för ytterligare tvångsåtgärder (Hem, Gjerberg, Husum & Pedersen, 2016). 1992 ändrades lagstiftningen gällande psykiatrisk tvångsvård vilket innebar en utökad förståelse av individens problematik. Från att det biologiska och medicinska perspektivet tidigare haft stor betydelse inkluderades nu även sociala och psykologiska komponenter. Det lades även vikt vid att de tvångsvårdade individerna skulle få möjlighet att påverka frågor rörande deras egen behandling. Trots detta framgår det i intervjuer med individer som tvångsvårdats i Sverige att hälften av individerna uppfattat sin behandling som felaktig och enbart 28 % som att vården varit nödvändig (Wallsten, 2008, s. 11, 20).

2.2.3 Sambandet mellan psykisk ohälsa och missbruk

Begreppet psykisk ohälsa innefattar flera olika former av psykiska sjukdomar såsom allvarliga psykiska störningar till nedstämdhet, ångest och livskriser. Individer som lider av psykisk ohälsa löper större risk att utveckla ett missbruk än personer utan psykisk ohälsa (Drake, 2007, s. 382f). Miller, Forcehimes och Zweben (2011, s. 4) belyser att majoriteten av människor med alkohol- eller drogmissbruk har en tillhörande psykisk ohälsa. Vidare beskriver Drake (2007, s. 382f) att dödligheten bland personer som lider av både missbruk och psykisk ohälsa är åtta gånger högre i jämförelse med övriga befolkningen. Behovet av slutenvård och omhändertagande är därför större bland de som är samsjukliga i form av psykisk ohälsa och missbruk än de som lider av ett av de två sjukdomstillstånden.

Groenkjaer et al (2017 s, 18) har intervjuat sjuksköterskor, socialarbetare inom familjestöd samt socialarbetare som specialiserats i samsjuklighet i form av missbruk och psykisk ohälsa. Detta för att ta reda på åsikter, tankar samt kunskaper om samsjuklighet. Studien synliggör att det inte finns tillräckligt med integrerad vård och kunskap kring individer med samsjuklighet. Flera av de som deltog i studien presenterade att de har svårt att identifiera problematiken och att tillgången på lämplig vård är bristfällig. Vidare framkommer det att både politiken, ekonomin och samverkan mellan olika instanser påverkar möjligheten till en integrerad vård. Det finns inte verktyg till, eller resurser till att hantera de behov som individer med samsjuklighet behöver. Vidare belyser Groenkjaer et al (2017, s. 19) att det krävs lättillgänglig vård i ett tidigt stadie som förutsättning för att individer med samsjuklighet ska kunna få en tillräcklig hjälp. Insatserna som erbjuds från hälso- och sjukvårdens sida behöver vara baserade på kunskap om komplexiteten med samsjuklighet, samt välkoordinerad och ske i god samverkan med det sociala arbetet och vice versa.

2.2.4 Samsjukligheten tillhör ingenmansland

År 1996 sammanställde Socialstyrelsen en rapport som de kallade för *Psykiskt störda missbrukare*. Där framkommer det att individer som lider av en psykisk sjukdom med ett samtidigt missbruk ofta vid ett hjälpsökande hamnar i ett ingenmansland mellan socialförvaltningen och psykiatrin. Även Miller, Forcehimes och Zweben (2011, s. 4) lyfter fram samordningen mellan sjukvården och socialförvaltningen brister vilket leder till att människor som lider av samsjuklighet ofta försvinner i remissprocessen.

Enligt Socialstyrelsen (1996, s. 11) anses individens psykiska sjukdom i många fall inte vara tillräckligt allvarlig för beredande av vård enligt LPT. Detta leder till att psykiatrin då hänvisar individen till socialförvaltningen eftersom psykiatrin inte har lagligt stöd att tvångsvårda individen. När individen sedan kommer till socialförvaltningen menar de i sin tur att de inte kan behandla individen på grund av deras avsaknad kring kunskap om mer allvarlig psykisk ohälsa samt bristande resurser för att behandla dessa individer. Insatserna som faktiskt skulle kunna behandla både missbruk och den psykiska ohälsan inom socialförvaltningen framkommer som svåra att applicera med anledning av deras bristande kunskaper och resurser gällande allvarliga psykiska störningar. Samtidigt belyser Anderberg, Dahlberg och Hellberg (2018, s. 73) bristen inom psykiatrin gällande behandlande resurser för missbruk som inte enbart har ett medicinskt syfte såsom avgiftning inom psykiatrin. De uppfattar den dubbla problematiken som komplicerad och svårbehandlad utifrån de få insatser, utöver medicinsk behandling, vården kan erbjuda.

Psykiatrin och socialförvaltningen är organisatoriskt sätt uppdelade på två olika huvudmän med varsin ekonomi samt olika politiska styren. Detta gör det därför problematiskt för individer som lider av samsjuklighet att få en samlad hjälp. Det uppstår en diskussion mellan psykiatrin och socialförvaltningen kring vem som ska stå för kostnaderna för dessa individer och hur resurserna ska användas inom de olika organisationerna (Socialstyrelsen, 1996, s. 11). Wüsthoff, Waal och Gråwe (2014, s. 4) beskriver att behandlingsresultaten blir sämre när behandling av de båda sjukdomstillstånden inte kan ske integrerat samtidigt som vården uppger att det har svårigheter att erbjuda patienter en integrerad behandling för missbruksproblematiken och den psykiska ohälsan. Enligt socialstyrelsen (1996, s. 12) är vården för individer med samsjuklighet inte optimal så länge huvudmännen inte kommer överens och delar sina resurser samt kunskaper med varandra. Det krävs att socialförvaltningen och psykiatrin möts och samverkar för att individer med samsjuklighet ska kunna få den vård som de har rätt till.

2.2.5 Studier på integrerad behandling

Morley et al (2015, s. 402) har studerat effektiviteten av en 12 veckors integrerad behandling för individer med alkoholberoende samt psykisk ohälsa i form av ångest och

depression. Undersökningen inkluderade 86 patienter som valdes ut slumpmässigt genom sjukvårdens datasystem. Av alla patienterna som deltog var det 37 personer som fick en formell diagnos i form av depression eller ångest. Dessa individer delades slumpmässigt in i två olika grupper där den ena gruppen erbjöds kognitiv beteendeterapi för sitt alkoholberoende samt sin ångest alternativt depression. Den andra gruppen tilldelades behandling i form av traditionell rådgivning för alkoholproblem. Resultatet visade att effekten av den integrerade behandlingen, beteendeterapi för både den psykiska ohälsan och alkoholmissbruket, var fördelaktig. Samtidigt visade det sig att de individer som ingått i den integrerade behandlingen haft färre antal dagar för återfall däremot fanns det inte några effekter eller skillnader mellan grupperna när de gällde graden av ångest eller depression. Morley et al (ibid) redogör för att slutsatsen av studien stödjer att en integrerad vård förbättrar dryckesresultaten för patienter med alkoholberoende och samtidig psykisk ohälsa i form av depression eller ångest.

I en undersökning av Wüsthoff, Waal och Gråwe (2014, s. 4, 8) studeras behandlingsresultatet för klienter med substansberoende och en samtidig psykisk ohälsa som har fått en integrerad behandling. Terapeuter erbjöd individer med missbruksproblematik och psykisk ohälsa en kombinerad behandling som inkluderade att läkare och ett terapeutiskt team fanns på plats samtidigt under 12 månader. I den kombinerade behandlingen hade man fokus på självständighet, rehabilitering och skademinskning, som ett sätt att skapa långsiktiga perspektiv. Metoden visade sig vara positiv i den bemärkelsen att gruppen med klienter som fått medverka i den integrerade behandlingen fick en ökad motivation till behandling. Wüsthoff, Waal och Gråwe (ibid) drog därför slutsatsen att en integrerad behandling ökar individens motivation till att vilja förändra förhållandet till sitt beroende.

2.2.6 Kommunikationens betydelse

Det huvudsakliga målet inom hälso- och sjukvården är att skapa en gemensam bild av patientens situation. Trots detta uppstår majoriteten av alla patientskador med anledning av bristfällig och ineffektiv kommunikation mellan vårdpersonalen. Utan en gemensam förståelse av problematiken saknas tillräckligt med underlag för att kunna fatta rationella och adekvata beslut kring patientens problematik. Bristen på en strukturerad och standardiserad kommunikation leder därför till kommunikationsmissar som i sin tur påverkar patienten (Wallin & Thor, 2008).

Wallin och Thor (2008) understryker att skillnaden i sjuksköterskors och läkares inlärd kommunikationsmönster från grundutbildning är en av orsakerna till den undermåliga kommunikationen mellan vårdpersonalen. Sjuksköterskor är upplärda att detaljerat beskriva problematiken utan att diagnostisera samtidigt som läkare använder koder, diagnostiserar och tenderar att vara mer restriktiva i sitt sätt att kommunicera. Sjuksköterskor och läkare använder därför olika begrepp och språk trots att de behandlar och kommunicerar kring samma patient. En viktig förutsättning för god vård och ett bra beslutsfattande kräver däremot att alla inblandade har en gemensam förståelse för den aktuella situationen.

Vidare lyfter Hydén (2015) en samhällsvetenskaplig aspekt på den skiftande kommunikationen inom vården och belyser att patientens sociala verklighet förändras beroende på vilken arena som beskriver individens sjukdomstillstånd. De skilda perspektiven på situationen medför att problematiken uppfattas på olika sätt mellan vårdinrättningar men också i samhället i stort. Detta gör att valet av behandling och vård avspeglar den professionelles uppfattning av sjukdomstillstånden med anledning av vilka begrepp och vilket språk hen använt för att konstruera samt förstå sjukdomen. Skilda perspektiv på situationen medför därför att en individ kan uppfattas som frisk i ett sammanhang och sjuk i ett annat.

2.2.7 Sammanfattning

Den forskning vi har funnit kring samsjuklighet går i linje med varandra då de alla belyser samsjuklighetens existens och komplexitet. Det framgår även att individer som lider av samsjuklighet är i större behov av vård än de som enbart lider av psykisk ohälsa eller missbruk. Samtidigt berör forskningen bristen på integrerad vård och avsaknaden av en fungerande samverkan mellan hälso- och sjukvården och det sociala arbetet. Det framkommer även att kommunikationen mellan vårdpersonal och en gemensam förståelse kring ett sjukdomstillstånd har stor betydelse för patienten. Den forskning vi har tagit del av gällande kommunikation har främst varit inriktad på kommunikationsmönster mellan vårdpersonalen sinsemellan inom hälso- och sjukvården samt vårdpersonal och patient. De studier som vi har funnit kring det sociala arbetet har främst berört kommunikationen mellan socialarbetaren och klienten vilket vi inte har ansett vara relevant att ta lyfta fram i den här studien. Vi ställer oss därför

frågan varför inte fler studier kring kommunikationen mellan socialarbetare gjorts för att synliggöra hur deras gemensamma förståelse kring ett visst fenomen ser ut?

3 Teoretiska utgångspunkter

3.1 Teori

I detta kapitel redogör vi för de teoretiska angreppssätten där socialkonstruktivismen ligger till grund för de förgreningar vi har valt att använda oss av inom diskursanalysen. De teoretiska utgångspunkterna är således kritisk diskursanalys och Foucaults perspektiv på diskursanalys.

3.2 Socialkonstruktivism

Utifrån ett socialkonstruktivistiskt perspektiv anses världen vara socialt konstruerad av människor som samspelar med varandra och använder språket för att skapa kunskap. Vilken kunskap som anses vara sann förändras då den påverkas av samhälleliga och sociala strukturer, däremot existerar ett fenomen även om det inte har definierats och erkänts av samhället (Thomassen, 2007, s. 206f, 211). Exempelvis skulle det i vår studie innebära att även om inte samsjuklighet fanns som begrepp, skulle människor ändå lida av samsjuklighet. Vidare kan ett redan existerande begrepp rekonstrueras, detta skapar en ökad förståelse och ny kunskap framkommer (ibid).

3.3 Diskursanalys

Diskursanalys är en metod och teori som grundar sig i den konstruktivistiska världsbilden. Genom det diskursanalytiska perspektivets antaganden om språkets betydande roll kring konstruktionen av samhället hjälper det oss att förstå den sociala verkligheten. Detta hur verkligheten skapas, raderas och upprätthålls genom vardagliga sociala interaktioner mellan människor. För att människan ska kunna organisera sin verklighet behövs begrepp och kategorier, saknas det ord för ett fenomen har vi därför svårt att tala om det och i sin tur kommunicera det till andra (Svensson, 2019, s. 16f, 21, 36, 39). Vi kan med hjälp av detta teoretiska angreppssätt studera hur de yrkesverksammas språkanvändning konstruerar fenomenet samsjuklighet.

Diskursanalys handlar om att analysera och identifiera diskurser. Det finns vidare skilda uppfattningar kring vad diskurs innebär (Winther Jørgensen & Philips, 200, s. 7f). Ett sätt att förstå diskurs är att det fungerar som en gränssättning kring det människan kan tala om (Foucault, 1972, s. 46). En sammantagen förståelse inom diskursanalysen är att språket struktureras i varierande mönster. Dessa mönster förändras när vi agerar i olika sociala områden, exempelvis har läkare egna termer och uttryck vilket kan förstås som en ”medicinsk diskurs”. Diskursanalytikerns uppgift blir därför att studera vilka sociala konsekvenser verkligheten får med anledning av de olika diskursiva framställningarna (Winther Jørgensen & Philips, 2000, s.7f, 28).

3.4 Teoretiska begrepp

För att kunna titta på språkliga konstruktioner och den språkliga tillämpningen har vi tagit hjälp av de två begreppen modalitet och utestängningsmekanismer. Vi är medvetna om att Foucault och Faircloughs tankesätt skiljer sig åt men med anledning av bådas teoretiska utgångspunkt i socialkonstruktivismen ser vi det därför som möjligt att använda begreppen tillsammans.

3.4.1 Modalitet

Fairclough är frontfigur för den kritiska diskursanalysen som är inriktad på en språkvetenskaplig ansats där det skrivna och talade språket samt hur det används är i fokus (Bergström & Boréus, 2012, s. 376). Den kritiska diskursanalysen har som mål att kartlägga och utforska maktrelationer i samhället samt synliggöra normativa perspektiv. Verkligheten vi lever i får mening genom språket och när maktrelationerna ifrågasätts blir det en möjlig väg till social förändring (Winther Jørgensen & Philipps (2000, s. 8). Begreppet *modalitet* är kopplat till den kritiska diskursanalysen och kan förklaras som ett mått av hur mycket en person kan instämma i ett påstående. Påståenden kan ha olika hög modalitet (Bergström & Boréus, 2012, s. 358, 376). I vår studie kan påståendena ”klienten lider av samsjuklighet” eller ”det är möjligt att klienten lider av samsjuklighet” visa på olika mycket modalitet. Ett fastställande påstående har högre modalitet, detta då det framlyfts som ett faktum i jämförelse med det sista som är mer osäkert (Bergström & Boréus, 2012, s. 376).

3.4.2 Utestängningsmekanismer

Michel Foucault var en betydelsefull forskare inom diskursanalysen och har haft stor inverkan på det ökade intresset för språk inom samhällsvetenskapen (Svensson, 2019, s. 45f). Relationen mellan makt och kunskap är centralt i Foucaults beskrivning av diskursanalysen där det inte bara är det som sägs om ett problem som analyseras, utan även de parter som har makten att göra anspråk kring vad som anses vara sanning (Bergström och Boréus, 2012, s. 358). När diskurser skapas i samhället sker en process som leder till att människor i olika grad kontrolleras och begränsas beroende på deras maktposition. Processen kallas för *Utestängningsmekanismer* och är nära sammankopplat med makt. Detta samspel har en betydande roll beroende på om en diskurs etableras eller stängs ute från den sociala verkligheten. Maktförhållanden kan däremot ge efter då makten är relationell. När det uppstår motprocesser leder det därför till att makten dekonstrueras och diskurser förändras (Bergström & Boréus 2012, s. 361). Nilsson (2008, s.63) beskriver Foucaults begrepp utestängningsmekanismer där en av de tre delarna som leder till utestängning är ”förbudet”. Detta begränsar vem som får tala om ett fenomen och vad som får sägas överhuvudtaget.

Att använda diskursanalys som den enda metoden kritiseras av Bergström och Boréus (2012, s. 410), detta då det inte frambringar förståelse för samhälleliga aktörer. Vi valde därför att ta med bitar av den maktteori som Foucault grundat. Främst i syfte att få en större förståelse för de yrkesverksammas makt och vilka sociala konsekvenser det får för individer vilka lider av samsjuklighet i form psykisk ohälsa och missbruk och är i behov av vård.

3.5 Foucaults maktteori

Foucaults maktteori belyser att makt behöver ses som en mångfald av styrkeförhållanden som bildar system eller kedjor. Genom konfrontationer ändras makten, kastas om eller förstärks. Vidare skapas makt i varje stund och varje minut då makten finns överallt och skapas i sociala relationer. Makten skapar maktområden som är strategiska och utvecklar strategier som de verkar genom. Detta gestaltas utifrån samhällets kontroll, lagar men också genom staten (Foucault, 2002, s. 103).

Vidare beskriver Foucault (2003, s. 178) den disciplinerande makten vilket han beskriver som ett behandlingsbegrepp för normalisering. Medborgarna disciplineras av samhället då samhället bestämmer vilka normer som råder. Genom makt kan samhället avgöra vilka individer som exempelvis behöver behandling för att de avviker och inte uppfyller normen. Här poängterar Foucault att det finns domare i samhället som befinner sig i olika yrkesprofessioner, exempelvis socialsekreterare, nämndemän och chefsöverläkare som beslutar om vilken kunskap som är fel eller rätt. Thomassen (2007, s. 210ff) hänvisar till Foucault och beskriver att den kunskap som är viktig är styrd av den som har makten att göra det urvalet. Alla individer i samhället påverkas i sin tur av relationen mellan sitt eget områdes diskurs och de diskurser som finns på en makronivå. Domarnas syfte i samhället är att se till att de individer som avviker kan få ett normaliserat beteende och rättar in sig i samhällets led. Disciplineringen har därför som mening att se till att människor inte avviker, utan håller sig till den fastställda agendan som beslutats av den som har makten (Foucault, 2003, s. 178f).

4 Metod

I denna del kommer vi att presentera valet av studiens metod, redogöra för hur vi gick till väga vid valet av medverkande, beskriva genomförandet av våra intervjuer samt klargöra hur vi bearbetade vårt material. Slutligen för vi en diskussion kring metoden vi använt oss av för att sedan avsluta kapitlet med att beskriva hur vi har förhållit oss till de forskningsetiska principerna.

4.1 Metodologisk diskussion

Vid en kvantitativ metod ligger intresset i att mäta, generalisera och replikera empirin. Detta i jämförelse med den kvalitativa metoden där tonvikten läggs på ord snarare än att kunna kvantifiera det insamlade materialet (Bryman, 2018 s. 150, 340). I denna studie har vi valt att använda oss av en kvalitativ metod eftersom vi är intresserade av att studera vad som sägs i en social kontext snarare än att mäta eller generalisera det insamlade materialet. Genom den kvalitativa forskningsmetoden går det att studera samt få kunskap om samhällsvetenskapliga frågor och forskaren blir därför beroende av människorna som befinner sig i den sociala miljön som studeras (Ahrne & Svensson, 2015, s. 1, 14f). Språket kan studeras som en egen kraft vilken konstruerar den sociala verkligheten vi lever i, detta kan göras utifrån det diskursanalytiska angreppssättet

(Bryman, s. 454, 632, 640). Utifrån den kvalitativa metoden kunde vi därför studera det sociala fenomenet samsjuklighet och genom det diskursanalytiska angreppssättet kunde vi fördjupa oss i hur de yrkesverksamma konstruerar samsjuklighet.

4.2 Kvalitativ intervjumetod

I denna studie valde vi att genomföra kvalitativa intervjuer för att kunna samla in empiri bestående av yrkesverksamma perspektiv på samsjuklighet. Enligt Bryman (2018, s. 561) är kvalitativa intervjuer användbara i de fall då forskaren intresserar sig för den intervjuades perspektiv.

4.2.1 Semistrukturerad intervju

Vi valde att använda oss av semistrukturerade intervjuer som är en av flera kvalitativa intervjumetoder. Bryman (2018, s. 563) beskriver att den semistrukturerade metoden skapar utrymme för den intervjuade att i stor utsträckning utforma sina svar på sitt eget sätt. Då vi ville studera de yrkesverksamma perspektiv ansåg vi det som viktigt att de under intervjun hade tillräckligt med utrymme till att förmedla sina egna ståndpunkter. Med anledning av detta var därför semistrukturerade intervjuer lämpliga i förhållandet till vår studies syfte. Vidare beskriver Bryman (2018, s. 563f) att semistrukturerade intervjuer struktureras med hjälp av en intervjuguide där förutbestämda teman behandlas under intervjun. Det finns däremot utrymme till att återkoppla till något den intervjuade tagit upp som kan tänkas vara användbart i studien. Då vi intervjuade yrkesverksamma som tillhörde olika professioner och som därför kom i kontakt med individer som lider av samsjuklighet på olika sätt ville vi säkerställa att vissa specifika teman återkom vid samtliga intervjuer. Utifrån den semistrukturerade intervjumetoden kunde vi därför vara flexibla under intervjun och styra samtalet. Detta genom att vi både kunde ge den intervjuade utrymme när hen besvarade våra frågor men vi kunde också strukturera upp intervjun efter hand för att kunna täcka alla förutbestämda teman som vi ville beröra.

4.2.2 Intervjuguide

Bryman (2018, s. 565) beskriver att utformningen av de frågor som forskaren vill ställa under intervjun grundar sig i de teman som valts ut till intervjuguiden.

När vi utformade vår intervjuguide utgick vi ifrån studiens syfte. De teman vi fann intressanta och som vi använde oss av i intervjuguiden var *bakgrund, möten med individer vilka lider av samsjuklighet, samtal om samsjuklighet och samsjuklighet och samhället*. Dessa teman valde vi då vi ansåg att de låg i linje med vårt syfte och våra frågeställningar.

4.3 Urval

Inom den kvalitativa forskningsmetoden är målstyrda urval vanligt förekommande (Bryman, 2018, s. 495) och det är denna metod vi har använt oss av i vår studie. I målstyrda urval ligger frågeställningarna till grund för urvalet av de medverkande, vilka kan vara organisationer och individer, som anses vara användbara för studien (ibid). Nedan kommer vi att presentera vårt målstyrda urval samt urvalsprocessen.

4.3.1 Medverkande

I den här studien har vi valt att vända oss till yrkesverksamma som befinner sig i beslutsprocessen gällande fastställande om klienter, vilka är samsjukliga i missbruk och psykisk sjukdom, ska tvångsvårdas enligt LVM eller LPT. Vi har valt att studera uppfattningar hos flertalet professioner kring samsjukliga i relation till tvångsvården, detta för att uppmärksamma de olika aktörerna i beslutsprocessen. De professioner vi har valt att vända oss till är två förtroendevalda från socialnämnden, en rådman från förvaltningsrätten, tre socialsekreterare från socialförvaltningen samt två psykiatriker inom psykiatrin. Samtliga av de utvalda yrkesverksamma kommer på något sätt i kontakt med klienter vilka är samsjukliga som är i en pågående beslutsprocess gällande tvångsvård. Vi fann det intressant att professionerna trots sina skilda arbetsuppgifter och verksamhetsområden kan komma i kontakt och vara verksamma kring samma klient i den här processen.

4.3.2 Målstyrt urval

För att tillförsäkra att de intervjuade hade ett samband med vår studies syfte och att vi med hjälp av det insamlade materialet kunde besvara vår frågeställning valde vi att använda oss av målstyrda urval. Detta innebär att målet med forskningen vägleder i valet av medverkande (Bryman, 2018, s. 496f, 498). Vi valde att använda oss av den målstyrda urvalsmetoden kriteriestyrt urval. Denna metod innebär att urvalet görs

utifrån att den medverkande uppfyller ett eller flera förutbestämda kriterier (ibid.) De kriterier vi utgick ifrån är det geografiska läget vilket innebar att vi enbart valde deltagare från ett län. De som kunde tänkas delta skulle även komma i kontakt med individer som lider samtidig psykisk ohälsa och missbruk samt är aktuella för vård enligt LVM eller LPT. Vi begränsade urvalet genom att utgå från *mellanstor stads* kommun avseende medverkande från socialnämnden, socialförvaltningen och psykiatrin. Detta då syftet med att studera verksamheter inom samma geografiska område innebar att verksamheterna då utgår ifrån samma kommunstyrelse. Förvaltningsrätten ligger däremot i en annan *mellanstor stad* men är rikstäckande för länet. Vidare lyder psykiatrin under regionen vilket medför att de olika professionerna trots den geografiska positionen har olika utgångslägen när det kommer till exempelvis beslutsfattanden, lagstiftning och ekonomi.

4.3.3 Valet av professioner

Vårt syfte var att studera uppfattningar kring individer som är samsjukliga vilka lider av både missbruk och psykisk sjukdom. Vi upplevde det därför som välmotiverat att intervjua tre socialsekreterare från vuxenheten inom socialförvaltningen.

Vår uppfattning var att det skulle skilja sig åt hur socialsekreterarna konstruerar individer som är samsjukliga med anledning av deras inriktningar. Vi valde därför att intervjua en från socialpsykiatrin, en från missbruksteamet och en som enbart handlägger ärenden gällande tvångslagstiftningen LVM. I analysen kommer socialsekreteraren från socialpsykiatrin benämnas som socialsekreterare (SP), socialsekreteraren från missbruksteamet som socialsekreterare (M) samt socialsekreteraren som handlägger specifika ärenden som enbart berör tvångsvårdslagstiftningen LVM som socialsekreterare (LVM).

Vidare företräds socialnämnden av partier som utgör en blockpolitik varpå vi valde en deltagare från varje politiskt block för att säkerställa studiens politiska obundenhet. Politikerna i socialnämnden fattar det primära beslutet utifall en individ ska tvångsvårdas med anledning av sitt missbruk efter att det inkommit en ansökan om LVM. Beslutet från socialnämnden tas därefter upp i förvaltningsrätten. I analysen kommer politikerna benämnas som politiker (1) och politiker (2) för att inte bryta konfidentialitetskravet genom att synliggöra vilka block de tillhör.

Från psykiatrin deltog en psykiatriker från öppenvården som kommer att benämnas psykiatriker (ÖV) och en från slutenvården som kommer att benämnas som psykiatriker (SV) för att avspegla båda verksamheterna. Psykiatrikerna kommer i kontakt med samsjukliga som lider av både psykisk sjukdom och missbruk. De har i uppgift att besluta om läkarundersökningar samt utträta vårdintyg om det finns misstankar kring att en individ skulle behöva vårdas enligt LPT. Efter fyra veckor behöver läkaren ansöka om fortsatt vård hos förvaltningsrätten. De fastställer även huruvida en individ ska tvångsvårdas enligt LVM eller inte när socialnämnden ansökt om detta. Vi kom i kontakt med avdelningen som specifikt handlägger mål som berör tvångslagstiftningarna LVM och LPT, med anledning av detta medverkade en rådman från förvaltningsrätten och kommer benämnas som rådmannen.

Med utgångspunkt i studiens storlek valde vi att begränsa deltagandet till dessa åtta personer då vi ansåg att det blev en tillräcklig variation för att med stor sannolikhet kunna besvara vår frågeställning och nå syftet med studien. Vi är medvetna om att det finns ytterligare professioner, exempelvis poliser, sjuksköterskor och kriminalvårdare, som kommer i kontakt med individer som är samsjukliga och är aktuella för antingen LVM eller LPT. För vår studies syfte och storlek fann vi dock att de valda professionerna var mer aktuella för att kunna besvara vår frågeställning och avgränsade oss därför till dessa.

4.3.4 Urvalsprocessen

I den inledande urvalsprocessen började vi med att söka upp kontaktuppgifter till potentiella verksamheter som kunde tänkas delta i studien. Då det var av stor vikt för oss att kontakta en individ från respektive block i socialnämnden med liknande position ringde vi specifikt till dessa två individer. Den metod vi använde oss av vid resterande kontaktuppsök utgick ifrån ett tvåstegsurval. Ahrne & Svensson (red. 2015, s. 22) beskriver tvåstegsurvalet utifrån att kontakten sker med organisationen och inte genom direktkontakt med de personer som forskaren önskar kunna delta i studien. Denna metod bidrar till ett brett urval där forskaren inte blir allt för detaljstyrd i sitt val av medverkande. För att komma i kontakt med förvaltningsrätten ringde vi deras växel som hänvisade oss till den avdelning där LVM- och LPT-ärenden hanteras. Ansvarig chef på avdelningen spred informationen om medverkan i vår studie varpå vi fick kontakt med en rådman som kunde tänkas delta. När vi tog kontakt med socialsekreterarna på

socialförvaltningen valde vi att mejla information om studien till sektionschefen på vuxenenheten. Hen vidarebefordrade mejlet till samtliga socialsekreterare där de som var intresserade av att delta i studien därefter fick kontakta oss. Detta gjorde vi för att undvika att någon på chefsnivå skulle veta vem som valt att medverka i intervjun. För att komma i kontakt med psykiatrikerna ringde vi först två enhetschefer som i sin tur härledde oss till den övergripande studierektorn inom psykiatrin. Utifrån mejlkontakt med hen fann vi en psykiatriker från öppenvården som ville delta i studien. Då vi fortfarande var i behov av ytterligare en psykiatriker valde vi att själva kontakta en sluten avdelning där en av psykiatrikerna valde att medverka.

4.4 Genomförande och material

I den här studien har vi valt att intervjua yrkesverksamma under dagtid vilket har inneburit att de som medverkat har behövt avsätta tid från sin ordinarie verksamhet för att kunna delta i studien. Vi är mycket tacksamma över detta och har därför försökt att vara flexibla genom att anpassa tid och plats för intervjuerna efter den intervjuades möjligheter. Vid samtliga intervjuer, förutom en, tog vi oss till den plats de intervjuade önskade. Den sista intervjun skedde däremot över telefon då det första tillfället blev inställt på grund av ett akut arbetsrelaterat ärende för den intervjuade. Med anledning av hans fullbokade schema var det enda alternativet därefter att utföra en telefonintervju. Vi bestämde därför, i samverkan med den intervjuade, att vi skulle genomföra en telefonintervju då vi ansåg att hans medverkan i studien hade en betydande roll och var svår att ersätta. Med anledning av detta bortgick vi därför från vår grundtanke kring att vi ville möta samtliga intervjuade i verkliga livet. Bryman (2018, s. 583) nämner att telefonintervjuer hindrar den som intervjuar från att avläsa den intervjuades kroppsspråk eller reaktioner. I vår studie var inte syftet att studera kroppsspråket eller fysiska reaktioner hos den vi intervjuade. Vi upplevde därför att telefonintervjun gick bra trots att vi inte såg varandra. Vi uppfattar det dock som en fördel att se personen som intervjuas för att kunna använda sig av individens kroppsspråk och reaktioner för att lättare förstå vad intervjupersonen förmedlar.

Vid genomförandet av intervjuerna hade en av oss huvudansvaret genom att leda intervjun och ställa frågor. Den andres ansvar blev då att sköta inspelningen och stötta med kompletteringsfrågor när detta behövdes. Vi valde att spela in samtliga intervjuer

för att säkerställa att vi fick med allt som sades då intervjuerna var beräknade till att pågå i upp till en timme. Detta möjliggjorde att båda kunde vara med och delta i intervjun istället för att en av oss skulle skriva ner konversationen. Enligt Bryman (2018, s. 577) underlättar det för de som intervjuar att spela in samtalet för att kunna bibehålla uppmärksamheten på den som intervjuas. Att anteckna tar fokus från den intervjuade och det är då risk att missa att följa upp intressanta kommentarer.

Vi insåg vid den första intervjun att vi inte, vid det tillfälle då vi avtalade tid för intervju, hade informerat de medverkande om att vi önskade ljuduppta samtalet. Enligt Bryman (2018, s. 578) går de flesta personer med på att intervjun spelas in, men det finns också dem som upplever det som obekvämt. Det faktum att vi inte informerat om ljudupptagningen medförde inte några problem bortsett från att en av de intervjuade till en början kände sig osäker till att bli inspelad. Vi tydliggjorde att syftet med inspelningen var att säkerställa att vi i efterhand kunde återberätta det som sagts på ett korrekt sätt. Vi informerade sedan om att det enbart var vi forskare som kunde ta del av det inspelade materialet varpå hen godkände att bli inspelad.

Vid en av intervjuerna avbröts vi två gånger av en utomstående vilket medförde att vi fick byta lokal. Enligt Bryman (2018, s. 566) är det av stor vikt att intervjun sker i en ostörd miljö där den som intervjuas känner sig trygg. Trots att vi blev avbrutna fick vi ingen känsla av att den som intervjuades påverkades av detta och efter att vi tagit oss till ett nytt rum fortsatte intervjun där den slutade. Bortsett från denna incident upplevde vi att intervjuerna gick bra och vi fick ett gediget material på ungefär en timme var från de åtta intervjuerna vi genomförde.

Vi upplevde att intervjuerna med de yrkesverksamma gav oss användbart material då de delade med sig av sina perspektiv på samsjuklighet utifrån deras professionella position. Ahrne och Svensson (2015, s. 48) betonar att en del yrkesgrupper medietränas och att den som intervjuar därför behöver vara uppmärksam på detta. Detta var något vi upplevde under intervjuerna med politikerna. De svarade, till skillnad från de andra medverkande, mer formellt och kunde leda samtalet till andra områden och frågeställningar än de vi ställt. Vi såg däremot inte detta som något problematiskt då vi under intervjuernas gång styrde tillbaka samtalet till de aktuella frågeställningarna.

4.5 Bearbetning och analys

I denna studie har vi analyserat vår empiri med hjälp av socialkonstruktivism. Detta för att kunna studera hur yrkesverksamma konstruerar samsjukliga i relation till tvångsvården. Utifrån det teoretiska angreppssättet diskursanalys har vi tillsammans med Foucaults maktteori kunnat studera diskursiva mönster i de yrkesverksammas beskrivningar med hjälp av begreppet modalitet och utestängningsmekanismer.

Bearbetningen av vår empiri påbörjades utifrån att vi transkriberade alla intervjuer genom att formulera ner dessa i text. Enligt Bryman (2018, s. 578f) tar det mycket tid att transkribera intervjuer och forskare får räkna med att en timmes intervju tar cirka fem till sex timmar att transkribera. Att transkribera var något som vi upplevde som väldigt tidskrävande, då vi i genomsnitt hade en timmes material inspelat från varje intervju. Vid en intervju pausades även inspelningen vid två tillfällen då olika personer kom in och avbröt samtalet, detta ledde till att intervjun överskred en timme. Bryman (2018, s. 589f) beskriver betydelsen av att vara noggrann när transkriberingen görs för att så långt som möjligt försöka återge exakt det som den intervjuade berättade. Vi upplevde det som viktigt att få ner intervjumaterialet så snarligt som möjligt i textformat för att den intervjuade skulle känna sig korrekt representerad i studien. Kombinationen av ett stort material och noggrannheten vid transkriberingen ser vi som en förklaring till att vi behövde avsätta mycket tid till denna del i vår studie.

När vi hade transkriberat klart alla intervjuer läste vi allt material utan att tolka eller notera något i texten. Detta gjorde vi för att skapa oss en helhetsbild av vår empiri. Nästa skede beskriver Bryman (2018, s. 700) som kodningen vilket innebär att materialet går igenom igen och under tiden förs det kontinuerligt anteckningar kring kommentarer och iakttagelser gällande texten vilket efterhand går att fördela i teman. När vi kodade vårt material lät vi texten ”tala till oss” genom att vi gick in med en öppen inställning och en nyfikenhet kring vad som kunde tänkas dyka upp i empirin. De teman vi skapade var *bakgrund*, *möte med individer vilka lider av samsjuklighet*, *samtal om samsjuklighet* och *samsjuklighet och samhället*. Enligt Bryman (2018, s. 700) är det nödvändigt att granska koderna för att undvika att flera ord beskriver samma fenomen och på så sätt avgränsa koden till ett ord. När vi gick igenom vår kodning upplevde vi däremot att ett ord kunde beskriva flera olika företeelser och markerade dessa. På så sätt

blev det lättare att förhålla sig till de ord som kunde syfta till flera fenomen när vi sedan analyserade materialet.

4.6 Metoddiskussion

4.6.1 Styrkor och begränsningar

De styrkor vi upplevde med den kvalitativa metoden var att vi kunde undersöka ett samhällsvetenskapligt fenomen djupgående. Utifrån det diskursanalytiska angreppssättet kunde vi sedan studera hur fenomenet samsjuklighet konstrueras av yrkesverksamma. Genom det kriteriestyrda urvalet kunde vi försäkra oss om att de som medverkade i studien på något sätt hade kontakt med individer som är samsjukliga. Detta gjorde att vi på förhand visste att de medverkande uppfyllde de krav som gick i linje med syftet. Valet av semistrukturerade intervjuer gjorde att vi kunde avgränsa ämnena i intervjuerna genom teman utifrån kodningen. På så sätt kunde vi säkerställa att samtliga yrkesverksamma fick besvara frågor inom samma områden. Detta gjorde att vi kunde jämföra svaren på en specifik fråga med varandra och sedan analysera detta. I slutet gav vi de intervjuade en möjlighet att ta upp något denne ansåg att vi inte berört men som hen uppfattade som viktigt. Detta gjorde att vi kunde fånga upp tankar och åsikter från den intervjuade som vi som forskare inte funderat över.

Begränsningarna med vår studie upplevde vi var att vi enbart intervjuade åtta individer från fyra olika professioner varav förvaltningsrätten endast representerades av en yrkesverksam. Ahrne och Svensson (2015, s. 42) nämner att det krävs flertalet individer från samma grupp för att kunna jämföra svaren på ett representativt sätt med en annan grupp. Vi är medvetna om att professionerna blev ojämnt representerade och vid en större studie hade vi önskat fördela de som deltog jämt mellan professionerna. Med anledning av detta kan vi därför inte jämföra svaren från de yrkesverksamma mellan varandra på ett representativt sätt. Vidare beskriver Bryman (2018, s. 496, 498) att det inte går att dra allmänna slutsatser från en studie med få medverkande. Detta då antalet medverkande emellertid inte kan bidra till ett generaliserbart resultat kopplat till en population. Utifrån mängden vi intervjuade kan vi därför inte dra allmänna slutsatser eller generalisera vårt resultat. I vårt fall var det inte genomförbart att göra en större studie då varken tid eller utrymme för att intervju ett representativt antal individer fanns.

4.7 Tillförlitlighet

För att säkerställa studiens tillförlitlighet går det att använda sig av fyra delkriterier från Bryman (2018) vilka vi kommer att redogöra för nedan.

4.7.1 *Trovärdighet*

Den sociala verkligheten går att beskrivas och tolkas utifrån flera olika perspektiv. För att studien ska uppfattas som trovärdig behöver forskaren därför återkoppla till de som har medverkat för att bekräfta att det den intervjuade har sagt i intervjun har uppfattats rätt (Bryman, 2018, s. 467). Vi valde att inte återkoppla till de som medverkat i studien efter intervjutillfället med anledning av tidsbrist, vi ställde istället kontinuerligt följdfrågor under intervjun för att klargöra vad individen syftade till i sina svar. Vi kände att det var viktigt att de som medverkat i studien skulle uppleva att materialet representerade deras tolkningar av den sociala verkligheten.

4.7.2 *Överförbarhet*

Inom den kvalitativa forskningen ligger forskarens fokus på att undersöka ett sammanhang djupgående snarare än utbrett vilket innebär att studiens resultat tenderar att bli kontextuellt unikt. För att andra forskare ska kunna överföra resultatet till en annan social miljö behöver därför forskaren beskriva sammanhanget som studerats detaljerat (Bryman, 2018, s. 467f). Då vi valde att studera åtta yrkesverksamma perspektiv djupgående i ett specifikt län är resultatet bundet till den sociala kontext vi studerat. För att det ska vara möjligt att bedöma om vår studie kan överföras till en annan miljö har vi presenterat vilka yrkesverksamma vi har intervjuat och redogjort för vårt empiriska material ingående.

4.7.3 *Pålitlighet*

Pålitlighet innebär att forskaren antar ett granskande perspektiv och säkerställer att samtliga delar i forskningsprocessen såsom syfte, metod, val av medverkande, teorins relevans samt beslut kring analysen redovisas (Bryman, 2011, s. 468). För att påvisa vår studies pålitlighet har vi ingående presenterat forskningsprocessen genom att följa Råd och anvisningar för uppsatsarbete (Socialhögskolan, 2018), på så sätt har vi kunnat säkerställa att samtliga delar av processen presenterats.

4.7.4 Möjligheten att styrka och konfirmera

Det sista delkriteriet inom begreppet tillförlitlighet innefattar att styrka och konfirmera att forskaren utfört studien i god tro, det vill säga att forskaren i den mån det går har handlat objektivt och inte låtit egna värderingar samt åsikter påverka forskningen (Bryman, 2018, s. 470). Vi är medvetna om att vi bär med oss erfarenheter kring klienter med både psykisk sjukdom och missbruk från tidigare arbetsliv som gör att vi sedan tidigare har en bild av problematiken. Vi diskuterade därför regelbundet hur dessa erfarenheter kunde tänkas påverka studien för att på så sätt kunna vara objektiva i vårt utförande.

4.8 Förförståelse

Vi har båda erfarenheter av möten med personer som varit aktuella för tvångsvård enligt LVM och/eller LPT under både den verksamhetsförlagda praktiken samt i arbetslivet. Genom vår verksamhetsförlagda praktik har vi blivit uppmärksammade om att det finns de individer som man uttrycker ”faller mellan stolarna”, de som inte uppfyller kraven för varken LVM eller LPT men är i behov av vård. Vi fick då insikt om att samsjuklighet existerar som en problematik vilket inte har några enkla lösningar. Uppdrag granskning (SVT nyheter, 2018) program ”Vem kan rädda Sanne?” synliggjorde också att flertalet individer med samsjuklighet inte får den hjälp de behöver. Förförståelse från Uppdrag granskning samt arbetslivserfarenheterna kring samsjuklighet upplevde vi hjälpte oss att komma fram till vilka professioner som kunde vara relevanta att ha med i studien. Vidare bidrog även detta till att vi kunde ställa relevanta frågor i vår intervjuguide, frågor som gjorde att vi fick ut ett innehållsrikt material som höll sig till området vi ville studera. I vår arbetsprocess var vi medvetna om att vår förkunskap till viss del kan ha påverkat resultatet. Vidare menar vi inte att detta nödvändigtvis skulle ha påverkat resultatet i en negativ bemärkelse. Det har varit av yttersta vikt för oss författare att vara transparenta i arbetsprocessen. Redan innan vi började skriva diskuterade vi de tankar vi haft om samsjuklighet och har tillsammans försökt att slå hål på de åsikter och tankar som inte grundat sig på den forskning vi tagit del av.

4.9 Forskningsetiska överväganden

För att ta hänsyn till de etiska övervägandena går det att följa de fyra grundläggande huvudkraven (Vetenskapsrådet, 2002, s. 6). Nedan kommer vi att presentera hur vi har tillämpat dessa principer i denna studie.

4.9.1 Informationskravet

Informationskravet innebär att de berörda aktörerna får information om forskningens syfte samt en förklaring till hur studien är tänkt att genomföras. Det ska tydligt framgå att deltagandet är frivilligt och att den empiri som samlas in enbart kommer att användas i ett forskningssyfte. Vidare ska de som medverkat i studien informeras om var de finner det offentliggjorda slutresultatet (Vetenskapsrådet, 2002, s. 7). Inför varje intervju skickade vi ett mejl där vi kortfattat presenterade studiens syfte, att deltagandet var frivilligt och att studien enbart kommer att användas till forskning. Vid intervjutillfället informerade vi på nytt om syftet med forskningen samt att deltagandet är frivilligt och även var studien kommer att publiceras.

4.9.2 Samtyckeskravet

Samtyckeskravet innebär att forskaren alltid ska inhämta samtycke från de som deltar i studien. Forskaren behöver även klargöra deltagarens rättigheter och självbestämmanderätt samt att individen alltid har möjlighet att avsluta sitt deltagande i studien (Vetenskapsrådet, 2002, s. 9f). När vi tog kontakt med de individer som vi önskade intervjua frågade vi om deras samtycke att medverka. Vi informerade inte på förhand om att vi ville röstinspela intervjuerna utan gjorde detta precis innan intervjuerna började. Samtliga medverkande godkände att bli inspelade, det ska dock understrykas att deltagarnas godkännande kan ha påverkats då vi ställde frågan i en situation då vi redan bestämt tid och mött upp den medverkande. Vi var däremot tydliga med att informera om att inspelningen enbart skulle användas i denna studie och att det endast var vi som skulle ha tillgång materialet. Vi tar med oss att vi hädanefter bör informera om detta i ett tidigare skede för att ge deltagaren en möjlighet att fundera över sin medverkan.

4.9.3 Konfidentialitetskravet

Konfidentialitetskravet innebär att all information som kan härleda läsaren till vem som deltagit i studien måste avidentifieras och förvaras på ett sådant sätt att ingen utomstående kommer åt denna information. Denna aspekt blir i synnerhet viktig om den medverkande har specifika drag som gör det lätt för läsaren att identifiera individen (Vetenskapsrådet, 2002, s. 12f). För att tillgodose detta krav valde vi att vända oss till yrkesverksamma och inte individer som är aktuella för LVM eller LPT och därför kan tänkas vara i en utsatt position. Genom att vi vände oss till yrkesverksamma, förvarade empirin på ett säkert ställe samt avidentifierade uppgifter om deltagarna kunde vi tillmötesgå konfidentialitetskravet.

4.9.4 Nyttjandekravet

Nyttjandekravet innebär att de uppgifter som samlas in enbart får användas till forskningssyfte och därmed inte i andra sammanhang. Däremot kan informationen utlånas eller doneras till andra forskare som bedriver studier för liknande syften och som lyder de förpliktelser tidigare forskare utlovat (Vetenskapsrådet, 2002, s. 14). Vi har säkerställt nyttjandekravet genom att vi endast har använt det insamlade materialet för kodning och analys med avsikt att framställa ett resultat med utgångspunkt i vårt syfte och vår frågeställning. Det intervjumaterial som vi har analyserat och kodat har vi sedan raderat för att det inte ska gå att användas i andra sammanhang. Detta med hänsyn till att vi i början var otydliga med att vi önskade spela in intervjuerna och att en av de intervjuade först upplevde det som jobbigt att bli inspelad.

5 Arbetsfördelning

Vi har sedan studiens start försökt att arbeta med materialet gemensamt i så stor utsträckning som möjligt då vi la stor vikt kring våra gemensamma diskussioner. Det här upplägget har inneburit flertalet timmar tillsammans på en daglig basis där möjlighet för reflektion och hjälp från varandra alltid varit tillgänglig. Arbetet har på grund av tidsaspekten till viss del delats upp mellan författarna men har granskats av båda. Vi har under hela arbetes gång upplevt det som viktigt att båda författarna ska vara införstådda i vad som presenteras och att det förts en diskussion kring materialet sinsemellan. Problemformuleringen, syfte samt frågeställningen har producerats gemensamt som en grund för hur vi ville att vårt arbete skulle komma att se ut. Vidare

har vi skrivit kunskapsläget och de teoretiska utgångspunkterna tillsammans. Den metodologiska ansatsen har utformats tillsammans och korrigerats av Maria, delen kring genomförande och material samt bearbetning och analys har utvecklats av Maria. Urvalet och metoddiskussionen har vi gjort gemensamt vilket sedan har vidareutvecklats av Maria. Hilda har utformat förförståelsen och Maria har skrivit avsnittet med de etiska övervägandena och tillförlitligheten. Resultat, analys och slutdiskussion har genomförts tillsammans för att spegla våra gemensamma tankar och upplevelser. Maria har utformat referenslista, innehållsförteckning samt arbetat med det typografiska i studien. Båda författarna har aktivt tagit kontakt med de som kunde tänkas medverka i studien och även haft en ledande roll under intervjuerna. Maria blev dock sjuk under andra intervjuveckan vilket resulterade i att Hilda fick intervjua några deltagare själv. Detta kompenseras genom att Hilda befann sig på annan plats i början av studien och Maria då tog ett större ansvar. Detta avsnitt har skrivits av Maria.

6 Resultat och analys

Vi har valt att dela upp vår analys i två delar. I första delen presenterar vi löpande hur de yrkesverksamma beskriver och konstruerar samsjuklighet och använder oss av citat för att ordagrant återge delar vi funnit intressanta att analysera djupare. Här lyfter vi fram de yrkesverksammas konstruktion av samsjuklighet och deras gemensamma förståelse av fenomenets existens. För att sedan analysera och lyfta fram skillnaderna i deras konstruktion av individer som lider av samsjuklighet.

I analysens andra del har vi istället valt att använda oss av makt och utestängningsmekanismer för att analysera vilka effekter de yrkesverksammas beskrivningar får på den sociala verkligheten. I denna del har vi använt oss av en integrerad analysmodell för att tydliggöra vad de yrkesverksammas individuella språk och begrepp, för att beskriva individer som lider av samsjuklighet, får för effekt på samhället.

6.1 Yrkesverksammas konstruktion av samsjuklighet

Alla yrkesverksamma som vi har intervjuat har på något sätt beskrivit att de möter individer som är samsjukliga, i form av missbruk och psykiska ohälsa. Samtliga av de intervjuade kunde säga att de möter personer som lider av både missbruk och psykisk

ohälsa men de talade och beskrev individerna på olika sätt. Detta går att förstå utifrån det diskursanalytiska angreppssättet då diskursen skiljer sig åt i de olika sociala kontexterna där de yrkesverksamma befinner sig (Winther Jørgensen & Philips, 2000, s. 7f). Detta visade sig genom att de intervjuade inte förmedlade en gemensam bild av vem ”den samsjuklige” klienten faktiskt är, utan beskrev individerna på skilda sätt. De delar av vår empiri som beskriver hur de yrkesverksamma konstruerar samsjuklighet har vi därför sammanställt och presenterar nedan.

6.1.1 Psykiatriker

Psykiatrikern (SV) berättade att det blivit allt vanligare att unga killar med psykossymtom är påverkade när de anländer till den slutna psykiatriska avdelningen, och därför måste genomföra drogtester. Vidare förklarar psykiatrikern att hen numera alltid misstänker drogpåverkan hos de yngre klienterna som kommer då detta är återkommande och har börjat ingå i normalbilden. Detta belyser Drake (2007, s. 382f) genom att beskriva att individer som lider av psykisk ohälsa löper större risk att utveckla ett missbruk. Psykiatriker (SV) betonar att det är skillnad på att ha en psykossjukdom och vara missbrukare med personlighetsstörningar och ha psykossymtom.

De egentliga psykoserna är oftast mer försvarslösa, det finns ju också alltid ett mått av defektivering och nedsatt kognitiv förmåga hos dem medan missbrukarna oftast är mer manipulerande och liksom kan springa rundor runt en psykos, utnyttjar dem till pengar, lurar i dem lite droger.

Vidare uttrycker psykiatriker (SV) att en klient i längden inte kan vara ”knarkpsykotisk” och missbruka utan att råka ut för någonting. Även den forskning vi hittat visar på att denna typ av samsjuklighet försätter individen i riskzon, då dödligheten bland personer som lider av både missbruk och psykisk ohälsa är åtta gånger högre i jämförelse med övriga befolkningen (Drake, 2007, s. 382f). Psykiatrikern (SV) tar upp att individer som lider av de två sjukdomstillstånden passar in ännu mindre i vården än individer med enbart en utav sjukdomstillstånden.

Psykiatrikern (ÖV) beskriver samsjuklighet utifrån att individen har en psykisk sjukdom med ett missbruk. Vidare uttrycker hen att samsjuklighet skiljer sig mellan individer utifrån deras psykiatriska diagnoser.

Samsjuklighet urskiljer sig mycket från diagnos till diagnos

Vidare uttrycker psykiatrikern att de insatser som den psykiatriska öppenvården kan erbjuda även de utgår ifrån vilken grundpsykiatrisk sjukdom eller psykiatrisk huvuddiagnos individen har. Hen förtydligar dock att de tar hänsyn till missbruket. Genomgående i intervjun utgår psykiatriker (ÖV), i sin beskrivning av samsjuklighet, från att individen är psykiskt sjuk med psykossjukdomar såsom schizofreni eller vanställningssyndrom med ett missbruk.

6.1.2 Socialsekreterare

När de tre socialsekreterarna beskrev sina klienter hade de en gemensam uppfattning av att den största delen av deras klientel är individer som lider av samsjuklighet och att den så kallade rena alkoholisten eller heroinisten inte existerar längre. Socialsekreterare (LVM) beskriver att hen ser en förändring bland klienterna och uttrycker följande:

Det är väldigt få klienter som jag har nu förtiden som är rena missbruksärenden. Utan jag skulle säga att nästan 90 % av mina klienter har någon form av psykisk ohälsa. Allt från ADHD, till psykossjukdomar, till personlighetsstörningar, till ångestsymtom till depression och till annat.

Vidare redogör socialsekreterare (LVM) att de klienter som tidigare kallades för ”rena alkisar” och ”rena heroinister” har förändrats till att de både har ett blandmissbruk och att den psykiska ohälsan blivit mer omfattande.

Socialsekreterare (SP) beskriver att merparten av hens klienter har, eller har haft en samsjuklighet. Hen förklarar att individen möjligen inte har en samsjuklighet hela livet utifrån att personen får en insats från socialförvaltningen så att exempelvis beroendeproblematiken avtar. Klienten kan då ha varit samsjuklig tidigare i livet genom att missbruket försvunnit men att den psykiska ohälsan kvarstår. Vidare framför

socialsekreterare (SP) att hen ser att samsjuklighet kan bestå lika mycket av missbruk som psykisk ohälsa och uttrycker sig följande:

Vilket är hönan och vilket är ägget? Vem kom först?

Socialsekreterare (SP) beskriver en neutral bild av vem den samsjuklige individen är, hen uttrycker exempelvis inte att en individ är missbrukare och har psykisk ohälsa eller att en individ är psykisk sjuk och har ett missbruk. Likaså skildrar socialsekreterare (M) individer vilka är samsjukliga på ett liknande sätt:

Missbrukar man för sin psykiska ohälsa eller har man missbrukat så den psykiska hälsan har blivit dålig?

Vidare presenterar socialsekreterare (M) att hen har väldigt få klienter som har ett renodlat missbruk. Oftast har de någon form av ångest från början, men de kan även ha tyngre diagnoser. En del har en diagnos från början och andra har fått en psykisk diagnos utifrån sitt missbruk. Hen beskriver också att det är många klienter som har fått drogutlösta psykosor som sedan blir permanenta. Vi ser ett likande mönster i hur socialsekreterare (M) och (SP) konstruerar individer som lider av samsjuklighet även om de tillhör olika team, missbruksteamet och socialpsykiatriteamet. Winther Jörgensen och Philips (2000, s. 7f) beskriver att språket är strukturerat i olika mönster och varierar beroende på den sociala kontexten. Utifrån detta tolkar vi att socialsekreterare (M) och (SP) har ett likt mönster i deras språkanvändning och på så sätt en liknande diskurs på arbetsplatsen då de använder sig av liknande termer och uttryck. Foucault (1972, s. 46) förklarar att diskursen har en avgörande roll för hur det går att hantera samt förklara, analysera, namnge och klassificera ett fenomen. Diskursen begränsar därför i sin tur hur vi kan uttrycka oss gällande ett fenomen.

6.1.3 Socialnämnden

I empirin har det varit svårt för oss att utläsa hur politikerna beskriver individer som är samsjukliga vilka lider av psykisk ohälsa och missbruk. Vi har haft svårt att finna svar på de frågor som vi har ställt i intervjuerna vilket har påverkat vår möjlighet att analysera denna del av empirin. Anledningarna till att svaren vi fick inte gick i linje med frågorna, kan vara att vi inte förstod varandra. Svensson (2019, s. 16f) förklarar

utifrån diskursanalysen att människan behöver begrepp för att förstå ett fenomen för att sedan kunna kommunicera detta till andra. Utifrån det så tolkar vi att vi inte har haft en gemensam förståelse av de begrepp som vi talat om och därför haft svårigheter att förstå varandra. Trots detta har vi ändå kunnat ta fram delar som beskriver hur politikerna konstruerar individer vilka är samsjukliga.

Politiker (1) pratar om att personer kan lida av exempelvis enbart missbruksproblem och att de finns individer som enbart har en psykisk ohälsa, men betonar att det också finns individer som är samsjukliga. När politiker (1) skildrar samsjuklighet beskriver hen samsjuklighet främst i relation till tvångslagstiftningen LVM.

Politiker (2) uttrycker svårigheten i att kunna avgöra vilken problematik av missbruk och psykisk ohälsa som kom först, och gör liknelsen ”vad är hönan och vad är ägget?”. Hen uttrycker vidare att det inte är ovanligt att äldre individer som fått ett beslut om LVM också har en samsjuklighet. Vidare förklarar hen att det kan handla om de har dragit på sig den psykiska ohälsan under livets gång, men också att det finns vissa som har den psykiska ohälsan i botten.

I intervjun förklarar Politiker (2) att när en individ ska omhändertas enligt LVM så anses det som en ”försvårande omständighet” om det framgår att personen är samsjuklig. Foucault (2003, s. 178) beskriver disciplinerande makt vilket är ett sätt från samhällets sida att bestämma vilka normer som råder. Utifrån detta tolkar vi att politiker (2) påverkas av den disciplinerande makten då de lagar hen följer i sin yrkesroll avgör vad som är normerande eller försvårande omständigheter. Vidare beskriver Foucault (ibid) att det finns yrkesprofessioner som fungerar som den förlängda armen av den disciplinerande makten, för att de i sin yrkesroll har möjlighet att fatta beslut om människors liv. För att förstå de båda politikernas situation går det därför att tolka att de i sin yrkesroll fungerar som den disciplinerande maktens förlängda arm.

6.1.4 Förvaltningsrätten

Rådmannen vi intervjuat är den enda medverkande som har den faktiska möjligheten att fatta beslut kring både LVM och LPT. Rådmannen beskriver individer som lider av samsjuklighet som lagens ”svartepetter” och menar då att dessa individer faller mellan stolarna. Vi tolkar att det blir tydligt i intervjun att rådmannen skildrar individer vilka är

samsjukliga utifrån uttryck som ”svartepetter” eller att ”de samsjukliga hamnar mellan stolarna”, och inte närgående i vilken typ av missbruk eller psykisk ohälsa det gäller.

Jag tror att alla är överens om att det inte är bra att hamna mitt emellan, mellan stolarna, som de med missbruk och psykisk sjukdom gör, för de blir svartepetter.

Vidare framställer rådmannen även individer vilka är samsjukliga utifrån vilken tvångsvårdsansökan som behandlas i rätten. Detta utifrån att hen uppmärksammar det sjukdomstillstånd som tvångslagstiftningen ser som huvudproblematiken. Rådmannen beskriver exempelvis problematiken vid LPT som att en individ är psykiskt sjuk och har ett missbruk. Vid LVM skildrar rådmannen problematiken utifrån att en individ har en missbruksproblematik med psykisk ohälsa. Winther Jörgensen och Philips (2000, s. 7f) beskriver att språket förändras beroende på diskursen och den sociala kontexten. Utifrån detta går det att tolka att det råder olika diskurser beroende på om det inkommer en anmälan om LPT eller LVM. Tvångslagstiftningarna berör olika problemområden där den språkliga diskursen skiljer sig åt.

6.1.5 Samlad analys

Svensson (2019, s. 39) belyser människans behov av begrepp för att kunna förhålla sig till ett fenomen. Med hjälp av det diskursanalytiska angreppssättet går det därför att förstå att begreppen som används av de yrkesverksamma påverkar hur fenomenet samsjuklighet förstås. Den rådande diskursen avgör vilka termer, begrepp och namn som går att användas för att beskriva något (Foucault, 1972, s. 46). Utifrån detta förstår vi att diskursen förändras eftersom de yrkesverksamma agerar i olika sociala kontexter, detta då tillgängligheten av de ord och begrepp som används är styrda av det sociala sammanhang de yrkesverksamma verkar i.

Utifrån det diskursanalytiska angreppssättet går det därför att förstå varför psykiatrikerna till störst del beskriver individer vilka är samsjukliga som psykiskt sjuka med missbruk. Socialsekreterare (LVM) skildrar istället dessa individer som missbrukare med psykisk ohälsa. Även politikerna i socialnämnden talade utifrån att individerna med samsjuklighet lider av missbruk med psykisk ohälsa. Anledningen till detta kan bero på att psykiatrikerna verkar inom det medicinska området där det

psykiska ligger i fokus. Samtidigt som socialsekreterarna befinner sig i en miljö som utgår från det sociala arbetets rådande diskurs. Likaså inkommer det enbart LVM-anmälningar till politikerna där den centrala problematiken handlar om missbruk och den psykiska ohälsan blir sekundär. Den rådande diskursen visar sig skilja sig åt mellan arbetsplatserna.

De yrkesverksamma har tillgång till olika begrepp med anledning av de skilda diskurserna. Rådmannen kommer däremot i sin yrkesroll i kontakt med både tvångslagstiftningen LVM och LPT. Hen beskrev därför individer vilka är samsjukliga beroende på vilken ansökan som inkom och på så sätt avgjorde vilken tvångslagstiftning som hen behövde arbeta utifrån. Genom det diskursanalytiska angreppssättet går det att förstå detta som att hen påverkas av diskurserna från både psykiatrin och det sociala arbetet. Rådmannen befinner sig i olika sociala kontexter beroende på vilken tvångslagstiftning hen arbetar efter. Detta gör att hens förståelse av den sociala verkligheten förändras beroende på den sociala kontexten och samtidigt vilka begrepp som råder. Dock beskriver rådmannen främst individer, vilka är samsjukliga, utifrån att de faller mellan stolarna och blir ”svartepetter” i tvångsvårdsprocessen. Hen berör inte ingående deras två sjukdomstillstånd med begrepp eller termer som de andra yrkesverksamma gör. Detta i jämförelse med psykiatrikerna som beskrev individerna utifrån att de exempelvis är psykossjuka med missbruk eller socialsekreterarna som benämnde individerna utifrån att de exempelvis var heroinister med psykisk ohälsa.

Svensson (2019, s. 36) belyser att det behövs ord för att förstå ett fenomen, detta för att i sin tur kunna kommunicera det till andra. De yrkesverksamma saknar inte ord för att beskriva samsjuklighet, däremot blir det problematiskt när de använder ord som kan ha olika betydelser beroende på den sociala kontexten. Psykiatriker (SV) fångar detta:

Att tala om samsjukliga det är ungefär som om man diskuterar utländska personer. Det är ingen grupp.

Vidare går det att förstå detta då socialsekreterarna och politikerna ofta använder begreppet psykisk ohälsa när de beskriver en individ som lider av samsjuklighet. Drake (2007, s.382f) belyser att psykisk ohälsa innefattar flertalet psykiska sjukdomar och inbegriper både ångest samt nedstämdhet till allvarliga psykiska störningar. När

socialsekreterarna och politikerna skildrar psykisk ohälsa blir det därför oklart vilka tillstånd de syftar på, detta då psykisk ohälsa kan innebära olika psykiska sjukdomar beroende på den rådande diskursen. Liknande scenario uppstår när psykiatrikerna enbart använder ordet missbruk som också kan innefatta flera olika berusningsmedel. Missbruk och psykisk ohälsa får olika betydelser beroende på vilken social kontext de används i. Detta gör att individer som lider av samsjuklighet därför beskrivs på olika vis på grund av att de yrkesverksamma tolkar de två sjukdomstillstånden olika utifrån sin rådande diskurs. När rådmannen beskriver individer som lider av samsjuklighet använder hen orden missbruk och psykisk ohälsa och går inte närmre in på något av de två sjukdomstillstånden. Rådmannen kan därför uppfattas som objektiv då hen använder begreppen utan att sätta det ena tillståndet framför det andra. Det går dock att tolka att de begrepp som hen använder, i sitt rättsliga arbete, styrs av den tvångslagstiftning som är aktuell för den inkomna ansökan.

Begreppet modalitet förklaras som ett mått av hur mycket en person kan instämma i ett påstående. Om modaliteten är hög tyder det på att ett påstående anses vara mer trovärdigt i jämförelse med om modaliteten är låg då påståendet uppfattas som osäkert (Bergström & Boréus, 2012, s. 358, 376). Vi har uppfattat att det skiljde sig kring hur de yrkesverksamma konstruerade individer vilka är samsjukliga. Däremot instämde samtliga i att samsjuklighet mellan psykisk ohälsa och missbruk existerar. Utifrån begreppet modalitet kan vi därför förstå att den gemensamma bilden av samsjuklighet hade en hög modalitet i den bemärkelsen att det inte var någon som tvekade över att individer som de möter är samsjukliga. Vi frågade även de yrkesverksamma om de tänker att det är så att individer faller mellan stolarna, psykiatriker (SV) svarade följande:

Ja, naturligtvis. Det är väl ingen som ifrågasatt det?

Citatet ovan var något som alla yrkesverksamma hade samma föreställning om. Även detta belyser att påståendet ”individer faller mellan stolarna” har hög modalitet. Vi kunde med hjälp av begreppet modalitet utläsa att det inte fanns någon tveksamhet kring samsjuklighetens existens utan att de yrkesverksamma snarare belyste samsjuklighet som ett faktum. Genom socialkonstruktivismen synliggörs det att ett fenomen existerar även om det inte erkänts eller klart definierats i samhället (Thomassen, 2007, s. 206f,

211). I vår studie framkommer det att begreppet samsjuklighet är erkänt bland de yrkesverksamma, det saknas däremot en klar definition gällande individen som är samsjuklig. Även om tesen kring samsjuklighetens existens kan konstateras ha hög modalitet i denna kontext hade samsjukligheten likväl existerat som ett problem i samhället om modaliteten varit låg. Detta då ett problem, ur ett socialkonstruktivistiskt angreppssätt, existerar oavsett om modaliteten är hög eller låg samt om vi kan definiera det tydligt eller inte.

6.2 Makt och utestängningsmekanismer

Vi har med hjälp av analysen ovan kunnat konstatera att de yrkesverksamma vi intervjuat har en gemensam uppfattning om att samsjuklighet existerar och att detta påstående därför har en hög modalitet i den kontext vi studerat. Det blev däremot tydligt att samtliga yrkesverksamma använde ett individuellt språk med skilda begrepp och ord för att specifikt beskriva individerna som lider av samsjuklighet. Med hjälp av det diskursanalytiska angreppssättet går denna skillnad att förstå utifrån att de rådande diskurserna på arbetsplatserna skiljer sig åt. Detta påverkar samt begränsar därför hur de yrkesverksamma kunde beskriva individerna som lider av samsjuklighet. Wallin och Thor (2008) belyser att avsaknaden av en gemensam förståelse kring ett sjukdomstillstånd hos vårdpersonalen inom hälso- och sjukvården är en av de vanligaste riskfaktorerna för patienter. De betonar att det krävs en samlad förståelse av problematiken för att det ska finnas underlag till adekvata beslutsfattanden men även som en förutsättning för god vård. Det går därför att reflektera över det faktum att de yrkesverksamma som medverkat i studien beskriver individerna som lider av samsjuklighet på olika sätt och att de saknar en tydlig gemensam förståelse kring dessa individer.

För att på en generell nivå kunna tolka hur de yrkesverksammas skilda konstruktioner av dessa individer påverkar den sociala verkligheten går det att använda sig av Foucaults maktteori och begreppet utestängningsmekanismer. Maktteorin belyser samhällets makt över individen där normer avgör vad som är rätt eller fel vilket därför innebär att medborgarna på så sätt disciplineras av samhället. För att kunna kontrollera individer som avviker från det som anses vara det rätta av samhället fungerar olika instanser som domare i syfte att rätta in dessa individer i samhällets led (Foucault, 2002,

s. 103, Foucault, 2003, s. 178f). Utifrån detta går det att tolka att de yrkesverksamma vi intervjuat fungerar som samhällets domare genom att de styr de individer som anses avvika från normerna i rätt riktning genom tvångsvård. Hur de yrkesverksamma konstruerar dessa individer får därför en betydelse för den sociala verkligheten då de befinner sig i en maktposition där de har möjlighet att konstruera och kommunicera bilden av "individen som är samsjuklig". Detta går att tolka ytterligare utifrån Hydén (2015) som belyser att patientens sociala verklighet förändras beroende på vilken instans som beskriver individens sjukdomstillstånd. Det går därför att förstå att det blir problematiskt när de yrkesverksamma saknar en gemensam bild av individen som lider av samsjuklighet och med anledning av detta förmedlar olika sociala verkligheter kring dessa individer. Detta påverkar inte bara den gemensamma förståelsen hos de yrkesverksamma utan även samhällets förståelse av problematiken och de berörda individernas bild av sin egen situation.

Vidare belyser Thomassen (2007, s. 210ff) att alla individer i samhället i sin tur påverkas av maktkampen mellan de rådande diskurserna. Detta gör att diskursen i individens sociala miljö kontinuerligt konkurreras med andra miljöers diskurser. Utifrån makt och diskurs går det därför att synliggöra att det även uppstår ett maktspel mellan de yrkesverksamma kring vilket av de olika yrkesområdenas diskurser som anses vara de sanna. Det ska dock betonas att de trots konkurrensen ändå befinner sig i en maktposition gentemot individer som lider av samsjuklighet med anledning av sin yrkesroll. Hydén (2008) beskriver att den yrkesverksammes val av behandling och vård avspeglar den rådande diskursen då den påverkar hur den yrkesverksamme uppfattar situationen och sjukdomstillstånden. Skilda perspektiv på en situation medför därför att en individ kan uppfattas som sjuk i ett sammanhang och frisk i ett annat. Det går därför att tolka att maktförhållandet mellan de yrkesverksamma påverkar individer som lider av samsjuklighet. Detta då den profession som besitter den diskursiva makten har rätten att hävda vem som anses vara sjuk, vilken behandling som är lämplig och kan i gemensamma sammanhang mellan de yrkesverksamma få det sista ordet.

När diskurser uppstår sker en process som kallas för utestängningsmekanismer. I denna process avgörs vilka diskurser som får lov att ta plats och vilka som stängs ute från samhället. "Förbudet", vilket är en del av utestängningsmekanismen, syftar till att

begränsa vem som får säga något och vad som får sägas om ett fenomen (Bergström & Boréus 2012, s. 361, Nilsson, 2008, s. 63). Utifrån förbudet går det att förstå att de vi intervjuat har möjlighet, med anledning av sin yrkesroll, att påverka utestängningsprocessen. De har på grund av sin profession rätt att uttala sig kring fenomen som rör deras yrkesområde och begränsar därför diskursen utifrån hur de väljer att beskriva individer som är samsjukliga. De begrepp som de yrkesverksamma använder får vara en del av samhället samtidigt som de ord som inte används stängs ute. På så sätt styr de yrkesverksamma den rådande diskursen om individer som är samsjukliga utifrån vilket språk och begrepp de använder inom professionen. Detta leder till att de har en inverkan på hur samhället kan förstå problematiken på grund av att de begränsar eller möjliggör hur det går att kommunicera kring dessa individer. Med hjälp av utestängningsmekanismer och förbudet går det även att förstå att det sker en utestängning kring diskurserna mellan de olika yrkesområdena vilket påverkar individen som är samsjuklig. I ett forum där det befinner sig yrkesverksamma från samma område styr deras rådande diskurs hur individerna beskrivs. I sammanhang där yrkesverksamma från olika professioner möts uppstår konkurrens mellan diskurserna där det alltid kommer att vara en profession som får det sista ordet. Detta innebär att individen inte enbart påverkas av alla professionernas olika diskurser inom sina egna yrkesområden utan även med anledning av vem som har makten över de andra professionerna när de yrkesverksamma behöver samarbeta kring en klient.

Sammanfattningsvis framgår det att den sociala verkligheten påverkas på flera plan med anledning av de yrkesverksammas beskrivningar. Det går att urskilja att samhället kommer att influeras av de diskurser som de yrkesverksamma använder inom sin profession. Detta då de i sin yrkesroll befinner sig i en maktposition där de har rätten att uttala sig om ett fenomen. Beroende på vilken profession som uttalar sig förändras den rådande diskursen och påverkar därför samhällets förståelse av problematiken eftersom de yrkesverksamma styrs av yrkesområdets diskurs. När en socialsekreterare uttrycker sig synliggörs deras perspektiv på ett fenomen likväl som att rådmannens perspektiv framträder när hen talar om individerna. Samtidigt så sker en konkurrens mellan diskurserna som råder bland de yrkesverksamma. Den profession som besitter mest makt av de vi har intervjuat kommer därför att ha möjligheten att avgöra vilken diskurs de uppfattar som sann när de samverkar med de andra yrkesverksamma. Det här påverkar både samhället och de yrkesverksamma då ett uttalande kan uppfattas som sant

i ett sammanhang och mindre trovärdigt i ett annat. Detta försvårar därför den gemensamma förståelsen av individer som är samsjukliga. Likaså kan dessa individer få olika typer av behandling beroende på vilken profession de möter när de söker vård. Detta då de yrkesverksammas val av behandling grundar sig i förståelse som styrs av den rådande diskursen inom deras yrkesområde. I sin tur riskerar individer som är samsjukliga att inte få den vård de är i behov av då de yrkesverksamma vi intervjuat saknar en gemensam förståelse av problematiken. Detta då forskningen betonar att det krävs en gemensam förståelse av ett sjukdomstillstånd som en förutsättning för god vård.

7 Avslutande diskussion

7.1 Sammanfattning

I detta avslutande kapitel kommer vi att diskutera slutsatser från vår analys för att återkoppla till våra frågeställningar. I analysen av vår empiri har vi kommit fram till att de yrkesverksammas konstruktion av individer som lider av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och missbruk skiljer sig åt. Både inom det egna yrkesområdet samt yrkesområdena sinsemellan. Detta med anledning av att den rådande diskursen skiljer sig åt på arbetsplatserna. Samtliga yrkesverksamma har uppfattningen av att samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och missbruk existerar. Det som skiljer sig åt är användningen av begrepp och ord när de yrkesverksamma konstruerar individerna som lider av samsjuklighet. Vidare kan vi också se hur de yrkesverksammas förståelse för dessa individer påverkas av hur deras specifika organisation arbetar med personer som lider av missbruk och psykisk ohälsa. Ytterligare finns två tvångslagstiftningar som de yrkesverksamma vi intervjuat behöver förhålla sig till som påverkar förståelsen för individerna beroende på vilken av tvångslagstiftningarna de yrkesverksammas arbete styrs av. Vi kan även se med hjälp av våra teoretiska verktyg, makt och diskurs, att det finns en maktkamp mellan de diskurser som råder och att det därför förekommer ett maktspel beträffande vilken diskurs som betraktas vara den sanna. Hur de yrkesverksamma konstruerar samsjuklighet påverkar i sin tur individerna genom att de yrkesverksamma befinner sig i en maktposition och deras uttalanden därför i högre grad anses vara sanna.

7.2 Diskussion

Under studiens gång har det blivit alltmer klart för oss hur komplex problematiken kring samsjuklighet i form av missbruk och psykisk ohälsa är. Det finns inte en enkel lösning på hur dessa individer ska få bättre hjälp än den som kan erbjudas i dagsläget eller snarare i en del fall få hjälp överhuvudtaget. För som vi förstod utifrån egna erfarenheter innan denna studie gjordes faller dessa individer mellan stolarna, något som Uppdrag granskning fångar genom dokumentären ”Vem kan rädda Sanne?”. Ett påstående som även de yrkesverksamma vi intervjuade kunde instämma i. Den gemensamma förståelsen kring samsjuklighetens existens ser vi självklart som positiv men vi har under studiens gång börjat problematisera förståelsen av fenomenet djupare. Vi syftar inte på att det är problematiskt att modaliteten kring påståendet är högt i den studerade kontexten men det är värt att betona att samsjukligheten hade existerat oavsett om modaliteten varit låg. Däremot ska det inte förringas att det underlättar att de yrkesverksamma har samma förståelse kring samsjuklighet eftersom fenomenets existens får en tydligare plats i samhället när professionella uttalar sig om fenomenet.

Problematiken kring samsjuklighet och möjligheten till en integrerad vård blev än mer komplicerad efter att vi analyserat vår empiri. Utifrån forskning och de teoretiska begreppen förstod vi att det som främst försvårar ett samarbete mellan de yrkesverksamma är de skilda sätten att beskriva individen som lider av samsjuklighet. De yrkesverksamma har inte en gemensam förståelse kring de här individerna vilket blir problematiskt när de ska hjälpa samma klient men uppfattar situationen olika. Det ska understrykas att det självfallet är en styrka att det går att förstå ett problem från flertalet perspektiv för att få en helhetsbild. Vi förstår däremot, med hjälp av det diskursanalytiska angreppssättet och forskning, att det är svårt att få en gemensam förståelse och fatta adekvata beslut när diskurserna kring ett fenomen skiljer sig åt. Vidare går det därför att reflektera över om en integrerad vård grundad på ett team där de berörda yrkesverksamma utvecklat en gemensam diskurs är möjlig, utan att yrkesområdenas egna diskurser försvinner. Samtidigt blir det problematiskt när vården bygger på ett huvudmannaskap, i den bemärkelsen att det försätter professionen som har det huvudsakliga ansvaret i en maktposition. Med ett huvudmannaskap finns en risk att andra yrkesområdets diskurser och kunskaper inte tas till vara på. Vi ställer oss frågan om det är en nästintill omöjlig balans för de yrkesverksamma att förstå problematiken

på ett liknande sätt, med en gemensam diskurs, och samtidigt få plats med sin egen professions diskurs utan att det uppstår en maktobalans. Denna studie har definitivt ökat vår förståelse kring komplexiteten gällande samsjuklighet och det ger oss både en känsla av maktlöshet men även en önskan om att få vara med och förbättra situationen för de här individerna. Vår resa inom det sociala arbetet har bara börjat och vi önskar efter den här studien att fortsätta lyfta problematiken som framkommit i denna studie när vi kommer ut i yrkeslivet.

7.3 Förslag på vidare forskning

Den forskning som gjorts kring individer vilka lider av psykisk ohälsa och missbruk är begränsad och avsaknaden av större studier är stor. Problematiken har diskuterats under många år, detta fick vi svart på vitt när vi fann en rapport av Socialstyrelsen från 1996 som de kallade för *Psykiskt störda missbrukare*. Vidare framkom det redan då att individer led av psykisk ohälsa och missbruk och hamnade i kläm mellan socialtjänsten och psykiatrin (Socialstyrelsen, 1996, s. 11). Framtida forskning inom ämnet bör förhålla sig än mer fokuserat till att lyfta fram den ohållbara situationen med två huvudmän samt studera nya alternativ till vård för individer med samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och missbruk. Detta för att ingen ska få falla mellan stolarna.

Referenslista

Ahrne, Göran & Peter Svensson (2015). Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. I: Ahrne, Göran & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

Bergström, G. & Boréus, K. (red.) (2012). Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys. 3., [utök.] uppl. Lund: Studentlitteratur

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

Drake, R.E. (2007). Dual diagnosis. *Psychiatry*, 6 (9): 381–384.

Ekendahl, M.. (2001). *Tvingad till vård: Missbrukares syn på LVM, motivation och egna möjligheter*. Stockholm: Stockholms universitet

Foucault, Michel (1972). *The archaeology of knowledge and the discourse on language*. New York: Pantheon Books

Foucault, Michel (2002). *Sexualitetens historia. Bd 1, viljan att veta*. Göteborg: Daidalos

Foucault, Michel (2003). *övervakning och straff; fängelsets födelse*. Lund: Arkiv

Groenkjaer, Mette, Charlotte de Crespigny, Dennis Liu, John Moss, Imelda Cairney, Deb Lee, Nicholas Procter & Cherrie Galletly (2017). "The Chicken or the egg" - Barriers and Facilitators to Collaborative Care for People With Comorbidity in a Metropolitan Region of South Australia, *Mental Health Nursing*, 38 (1): 18-24

Hall, Stuart (1993). The west and the rest: discourse and power. I: Hall, Stuart & Bram Gieben (red.) *Formations of modernity*. Cambridge: Polity Press

Hem, Marit Helene, Elisabeth Gjerberg, Tonje Lossius Husum & Reidar Pedersen (2016). *Ethical challenges when using coercion in mental healthcare; A systematic literature review* [<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0969733016629770>] Hämtad: 2020-04-09

Hydén, Lars-Christer (2015). *Psykiatri, samhället, patient – Psykisk sjukdom i socialt och kulturellt perspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur

Jönsson, H. (2010). Sociala problem som perspektiv. Malmö: Liber.

Miller, William R, Alyssa A. Forcehimes & Allen Zweben (2011). *Treating Addiction: A Guide for Professionals*. New York: Guilford Publications

Morley, K.C et al. (2016). 'Is Specialized Integrated Treatment for Comorbid Anxiety, Depression and Alcohol Dependence Better than Treatment as Usual in a Public Hospital Setting?', *Alcohol & Alcoholism*, 51 (4): 402-409.

Nilsson, R. (2008). Foucault: en introduktion. Malmö: Égalité

Regeringskansliet (2019). Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
[<http://rkrattsbaser.gov.se/sfsr?bet=1991:1128>] Hämtad: 2020-04-22

Regeringskansliet (2019). Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
[<http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=1988:870>] Hämtad: 2020-04-22

Regeringskansliet (2019). Socialtjänstlag (2001:453)
[<http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=2001:453>] Hämtad: 2020-04-22

SFS 2019:357. Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

SFS 2019:359. Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

SFS 2019:909. Socialtjänstlag (2001:453)

Socialstyrelsen (1996). *Psykiiskt störda missbrukare*. SoS 1996:14. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*. [<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/missbruk-och-beroende/>] Hämtad: 2019-11-11

Socialstyrelsen (2009). *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård - Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18)*.

Västerås: Edita Västra Aros AB

SOU 2011:6. *Missbruket, Kunskapen, Vården - Missbruksutredningens forskningsbilaga*. Delbetänkande av Missbruksutredningen

SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individ, kunskapen och ansvaret. Del 1 av 2*. Slutbetänkande av Missbruksutredningen.

Svensson, Peter (2019). *Diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur AB

Thomassen, M. (2007). *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion till vetenskapsfilosofi*. 1. uppl. Malmö: Gleerups utbildning

UR Samtiden – Drogfokus. Ingrid Rystedt (2018). *Insatser mot psykisk ohälsa och missbruk* [<https://urskola.se/Produkter/209484-UR-Samtiden-Drogfokus-2018-Insatser-mot-psykisk-ohalsa-och-missbruk>] Hämtat: 2019-10-07

Vetenskapsrådet (u.å.) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. [<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>] Hämtad: 2019-12-03

Wallin, Carl-Johan & Johan Thor (2008). *SBAR – modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal - Ineffektiv kommunikation bidrar till majoriteten av skador i vården*. <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/2008/06/sbar-ndash-modell-for-battre-kommunikation-mellan-varldpersonal/> Hämtad: 2020-06-08

Wallsten, Tuula (2008). *Compulsory Psychiatric Care: Perspectives from the Swedish Coercion Study- Patient Experiences, Documented Measures, Next of Kins' Attitudes and Outcome*. Västerås: Uppsala University

Winther Jørgensen, Marianne & Philips, Louise (2000). *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur

Wüsthoff, L. E., Waal, H. and Gråwe, R. W (2014). 'The effectiveness of integrated treatment in patients with substance use disorders co- occurring with anxiety and/or depression- a group randomized trial', *BMC Psychiatry*, 14 (1): 1-26.

Young, JT et al. (2018). Dual diagnosis of mental illness and substance use disorder and injury in adults recently released from prison: a prospective cohort study. *Lancet Public Health*, 3 (5): 237-248.

Bilagor

Intervjuguide

Intervjuguide ca 45 min

Inledning: Presentation av oss samt upprepa syftet med studien och klargöra att svaren kommer att behandlas konfidentiellt (slutet/privat) samt kommer du som deltagare att avidentifieras i studien. Informera om att intervjun kommer att spelas in för att säkerställa att intervjun reflekteras på ett korrekt sätt i studien.

- Intervjun i sin helhet kommer att behandlas slutet, det kommer endast vara vi och vår handledare som har tillgång till det ofärdiga materialet. När uppsatsen sedan publiceras kommer alla medverkande vara avidentifierade.
- Vi kommer att spela in intervjun för att kunna säkerställa att vi återberättar det som sagts i intervjun på ett korrekt sätt.
- Klargöra begreppet samsjuklighet:
Samsjuklighet innebär att individen lider av flertalet sjukdomstillstånd samtidigt och i detta fall syftar vi på individer som lider av både missbruk och psykisk ohälsa (SOU, 2011:35, s. 109). Statens offentliga utredningar
- **Förklara syftet:** Syftet med denna studie är att genom ett diskursanalytiskt angreppssätt undersöka hur yrkesverksamma konstruerar samsjuklighet, i form av missbruk och psykisk ohälsa, i relation till tvångslagstiftningarna LVM och LPT. Eftersom du i din profession kommer i kontakt med personer som är aktuella för antingen LVM eller LPT är vi intresserade av att höra dina tankar.

Klargöranden: Klargöra begreppet samsjuklighet: Samsjuklighet innebär att individen lider av flertalet sjukdomstillstånd samtidigt och i detta fall syftar vi på individer som lider av både missbruk och psykisk ohälsa.

Teman i intervjuguiden:

1. *Bakgrund*
2. *Möten med individer vilka lider av samsjuklighet*
3. *Samtal om samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och missbruk.*
4. *Samsjuklighet och samhället*

Bakgrund

- Innan vi kommer igång med huvudfrågorna har vi några bakgrundsfrågor för att skapa oss en förståelse för vem vi intervjuar. Vad är ditt namn? Vad är din ålder?
- Vilken position har du i organisationen och hur länge har du jobbat med detta? Kan du berätta lite kort om vilken position har du i organisationen och hur länge har du jobbat med detta?
- Vilka arbetsuppgifter innebär din position? Vad har du för utbildningsbakgrund och tidigare arbetslivserfarenheter? Kan du även berätta lite kort om vad har du för utbildningsbakgrund och tidigare arbetslivserfarenheter?

Möten med individer vilka lider av samsjuklighet

- Kan du berätta på vilket sätt du kommer i kontakt med klienter som är aktuella för vård enligt LVM eller LPT och som även har en samsjuklighet?
- Hur ser det här mötet ut? Vilken typ av kontakt? Hur lång tid pågår kontakten mellan dig och klienten?
- Vad är anledningen till att du i din profession inte kommer i kontakt med individer vilka lider av samsjuklighet?

Samtal om samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och missbruk

- Vad sägs om samsjuklighet i form av missbruk och psykisk ohälsa, och hur sägs det? Konsekvenser? Hur tänker du om detta?
Om ni inte talar om samsjuklighet, varför tror du att detta ämne inte berörs på din arbetsplats & vilka sociala konsekvenser tror du att det får?
- Vad kan organisationen du arbetar inom erbjuda idag då det gäller allvarlig samsjuklighet som kan leda till tvångsvård & hur ser du på detta?
- Hur gör ni i de fall ni är osäkra på om personen är i mest behov av vård enligt LVM eller LPT? (socialsekreterare och överläkare)

1. Hur agerar ni när det är **uppenbart** att någon både skulle behöva LPT och LVM?
- Vad gör ni om patienten inte tas emot inom psykiatrin på grund av sitt missbruk?
 - Vad gör ni när klienten inte tas emot inom missbruksvården på grund av sin psykiska sjukdom?
 - Händer det att individer hamnar mellan stolarna och hur tänker du kring detta?
 - Hur säkerställer ni att begäran om tvångsvården är fattad med hänsyn till en eventuell samsjuklighet (socialnämnden och förvaltningsrätten)
Vad gör ni om ni anser att den ena åtgärden inte är tillräcklig eller att det är gränsfall mellan LPT och LVM? (när ni får höra det som presenteras) Hur kan ni då använda lagstiftningen?
 - 2. Efter att beslut om LVM alternativt LPT har tagits, hur återkopplas det till dig vad som händer med klienten?
 - Händer det att individer hamnar mellan stolarna, och hur tänker du kring detta?
 - Vad tycker du om detta?
 - Vad skulle behövas?
 - 1. Finns det något ni i organisationen skulle kunna göra för att underlätta för samsjukliga?
 - 1. Om **ja** - vad skulle detta kunna vara? Vem ligger ansvaret på (individ, grupp, chef eller högre), vad kan ni som individer göra osv? De förslag du precis presenterat, görs något av detta? – Vad är anledningen till att det inte görs något trots att ni skulle kunna underlätta?
 - 1. Om **nej** – kan du förklara varför du anser att den verksamhet du befinner dig i inte kan underlätta för denna målgrupp? Om det ex ligger på högre makter kan ni som organisation göra något för att höja samsjukligas röster inom samhället istället för inom organisationen?

Samsjuklighet och samhället

- Hur tycker du att arbetet med samsjukliga bör bedrivas på en samhällsnivå?
- Vems ansvar tycker du att det är att ta tag i frågan om hur arbetet med samsjukliga bedrivs?
- Kan du med dina erfarenheter och genom din profession på något sätt påverka de som du tänker har ansvaret för den här frågan?
- Tror du att det går att bedriva ett förebyggande arbete med samsjukliga?
 - Anledningarna till detta?

Avslutning: Avrunda intervjun och knyt ihop säcken. Tillåt intervjupersonen att ställa frågor för att reda ut oklarheter eller funderingar och tillåt även personen att tillägga om det finns något som inte har tagits upp. Informera om var personen kan läsa det färdiga resultatet av studien.