



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Bakom missbruket och den psykiska ohälsan finns det också en människa

- Om yrkesverksammas upplevelser av samsjuklighet i den svenska tvångsvården

Madeleine Björding och Johanna Johansson

Kandidatuppsats (SOPA63)

HT 2020

Antal ord: 14 271

Handledare: Johan Cronehed

Abstract

Authors: Madeleine Björding och Johanna Johansson

Title: There is also a human behind the addiction and the mental illness - About professionals experiences of comorbidity in the Swedish compulsory care

Supervisor: Johan Cronehed

Assessor: Anders Lundberg

Comorbidity of addiction and mental illness is a complex problem that according to social research often is linked to each other. This is a current problem that exists in several countries. The purpose of this study has been to investigate how the professionals in the social services and health care experience that collaboration and comorbidity are expressed between the two instances. The chosen method in this study is qualitative interviews. We have interviewed a total of eight respondents from different municipalities. Four social workers in social services, three social workers in health care and a reference person who is a specialist nurse in psychiatry. The interviews have been analyzed with the help of the new institutional theoretical perspective, organizational theory and capital theory. In order of processing the data, we have used a thematic analysis. The conclusion in this study is that comorbidity is a common phenomenon, without collaboration to help the individual. The respondents see comorbidity as a complex problem, they do not know which problem comes first of the abuse and the mental illness. In this study, the economic aspect of Swedish compulsory care, such as the resources between the instances, have appeared to be problematic. The results of the study show that the current Swedish system is not necessary to treat individuals with comorbidity. The resources that are used to pay society are not enough to help the individual to be free from addiction and mental illness. The study illuminates the comorbidity that people with substance abuse and mental illness gets. Where care from the social services and health care at the same time results in the individual not receiving the help they need.

Keywords: Collaboration, comorbidity, mental illness, abuse, LPT, LVM

Förord

Vi vill tilldela ett stort tack till de respondenter som deltagit i studien. Tack för att ni avsatt tid för att besvara våra frågor, utan er hade vår uppsats inte varit möjlig. Tack för de berättelser ni delat med er av och era kloka tankar inom ämnet.

Vi vill även tilldela ett stort tack till vår handledare Johan Cronehed för goda råd och stöttning under hela processen.

Till sist vill vi tacka oss själva för vårt tålamod och goda samarbete. Tack för att vi gjort de svårare stunderna så mycket roligare genom utbytet av en sämre humor.

Madeleine Björding och Johanna Johansson,
Helsingborg, januari 2021

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

PROLOG.....	6
1. INTRODUKTION	7
1.1. Problemformulering	7
1.2. Syfte	8
1.3. Frågeställningar	8
1.4. Begreppsbeskrivning	9
1.4.1 Tvångslagarna	9
1.5.1 Mellanrummet	9
2. KUNSKAPSLÄGET.....	10
2.1. Inhämtning av tidigare forskning	10
2.2. Statistik om samsjuklighet	10
2.3. Professionens bemötande vid psykisk sjukdom	11
2.4. Professionens bemötande vid missbruksproblematik	12
2.5. Samverkan.....	13
2.6. Integrerad behandling.....	13
3. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER.....	15
3.1. Teori	15
3.2. Organisationsteori	15
3.3. Det nyinstitutionella teoretiska perspektivet	16
3.4. Kapitalteori.....	16
3.5. Teoretiska begrepp	17
3.5.1. Perception och kognitiva scheman.....	17
3.5.2. Kommunikation.....	17
3.5.3. Institutionella logiker	18
3.5.4. Det sociala rummet.....	19
4. METOD.....	20
4.1. Metodval.....	20
4.2. Semistrukturerad intervju	21
4.3. Urval.....	22
4.3.1. Valet av professioner.....	23
4.3.2. Urvalsprocess	23
4.4. Studiens genomförande	24
4.5. Bearbetning och analys	25

4.6. Metodens styrkor och svagheter.....	26
4.7. Metodens tillförlitlighet.....	27
4.8. Forskningsetiska principer	28
4.9. Arbetsfördelning.....	29
5. RESULTAT OCH ANALYS.....	29
5.1. Likheter och skillnader i de yrkesverksammas upplevelser.....	30
5.1.1. Socionomer som handlägger missbruksärenden inom socialtjänsten	30
5.1.2. Socionomer inom hälso- och sjukvårdens slutenvård.....	32
5.1.3. Specialistsjuksköterska inom psykiatri	34
5.1.4. Samlad analys.....	36
5.2. Samverkan utifrån organisationens ramar.....	39
5.2.1. Socionomer som handlägger missbruksärenden inom socialtjänsten	39
5.2.2. Socionomer inom hälso- och sjukvårdens slutenvård.....	40
5.2.3. Specialistsjuksköterska inom psykiatri	42
5.2.4. Samlad analys.....	43
6. AVSLUTANDE DISKUSSION	44
6.1. Sammanfattning	44
6.2. Diskussion	45
6.3 Förslag på vidare forskning.....	46
7. REFERENSLISTA.....	47
8. BILAGOR	51
8.1. Beskrivning av tvångslagarna	51
8.1.1. Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT).....	51
8.1.2. Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)	52
8.2. Informationsbrev	53
8.3. Intervjuguide	54

PROLOG

Tillhörande socionomprogrammets VFU termin utförde en av oss sin praktikplats på en barn- och ungdomspsykiatrisk specialistmottagning, även kallad BUP. Inom organisationen beskriver en av de anställda hur synen på att hjälpa klienter med missbruksproblematik och psykisk sjukdom kan skilja sig åt mellan de som arbetar på psykiatrin och de som arbetar inom socialtjänsten. Vidare ser vi båda programmet ”Vem kan rädda Sanne” där uppdrag granskning följer den 29-åriga Sanne. Hon lider av både missbruksproblematik och psykisk sjukdom men får inte den hjälp hon behöver från instanserna eftersom hon ständigt blir hänvisad till motsatt instans. Sanne blir tvångsvårdad 21 gånger men skrivs exempelvis ut från den psykiatriska tvångsvården pga sitt missbruk. Hon skrivs sedan också ut från sin behandling av missbruk pga sitt insjuknande i anorexi och annan psykisk ohälsa (SVT Nyheter, 2019). Samsjukligheten av missbruk och psykisk sjukdom har öppnat frågor hos oss, där vi skulle vilja veta mer om hur klienter med den nämnda problematiken egentligen blir bemötta av samhället? Vilken syn har de yrkesverksamma på de klienter som lider av missbruk och psykisk ohälsa? Hur är samverkan mellan de instanser som samsjukliga klienter ofta skickas mellan?

Vår uppsats syftar till att belysa de yrkesverksamma socionomerna inom socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens upplevelser inom ämnet. Även vår referensperson, dvs specialistsjuksköterskans upplevelser synliggörs i studien. Med en förståelse av att de yrkesverksamma arbetar inom olika instanser, med olika lagar att förhålla sig till, är två av slutsatserna för den här studien att de olika instansernas ramar påverkar mer än utbildningen i sig gör. Det råder också oenigheter gällande ansvarsfördelningen vid samsjuklighet, men precis som en av respondenterna uttrycker finns det också en människa bakom missbruket och det psykiska måendet, och det är den människan som ska vårdas.

1. INTRODUKTION

1.1. Problemformulering

När frivilliga eller tvångsmässiga insatser ges till den enskilde finns det olika lagar som samhället måste förhålla sig till. I kommunallagen¹ framgår det att alla kommuner har skyldighet att ta hand om sina invånare. För att uppnå skyldigheten behövs det en specificerad lagstiftning som komplement såsom socialtjänstlagen² (SFS 2017: 725). I socialtjänstlagen framgår det att kommunen har skyldighet att ordna så individen får den hjälp och det stöd som hen behöver. I de situationer där individer med exempelvis missbruksproblem behöver hjälp från både hälso- och sjukvården samt socialtjänsten ska kommunen och regionen samverka. SoL är en lag som grundar sig på frivillighet men om samtycke inte ges kan lagen om vård av missbrukare i vissa fall³ bli aktuell (SFS 2001: 453).

Vid behov av insatser under tvång har Sverige två typer av tvångslagstiftningar dvs LVM och Lagen om psykiatrisk tvångsvård⁴. LVM är en kompletterande lagstiftning till ramlagen SoL vilket gör att LVM ligger under kommunens ledning. LPT är en kompletterande lagstiftning till hälso- och sjukvårdslagen vilket innebär att LPT ligger under regionens ledning (Westerhäll, 2016: 8). När missbruk föreligger tillsammans med psykisk sjukdom benämns det som samsjuklighet. När individen har en kombinerad psykisk sjukdom med missbruksproblematik ökar risken för samsjuklighet (Johnson, Richert och Svensson, 2017: 137ff).

Individer som faller inom ramen för samsjuklighet behöver hjälp från flera huvudmän, som exempelvis hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. För att individens behov ska tillgodoses i dessa situationer krävs det att samverkan upprätthålls mellan de olika huvudmännen. Samverkan kräver att det finns en överenskommelse mellan kommunen och regionen och att det därmed finns en tydlig fördelning angående vem som ansvarar för vad. Om det uppstår problem vid samverkan kan det resultera i att individen inte får den hjälp som

¹ Vi kommer fortsättningsvis benämna lagen enligt förkortningen, dvs KL. SFS 2017:725.

² Vi kommer fortsättningsvis benämna lagen enligt förkortningen, dvs. SoL. SFS 2001: 453.

³ Vi kommer fortsättningsvis benämna lagen enligt förkortningen, dvs. LVM. SFS 1988: 870.

⁴ Vi kommer fortsättningsvis benämna lagen enligt förkortningen, dvs. LPT. SFS 1991: 1128.

hen är i behov av (Dir 2020: 68: 2, 5ff). Samverkan är viktig eftersom det innebär att den enskilde får rätt vård och samtidigt undviker att “falla mellan stolarna”. Det är myndigheternas skyldighet att ge individen rätt insatser när det är aktuellt (Westerhäll, 2016: 9).

Socialstyrelsen utförde 2019 en studie som inkluderar statistik från 2017. Statistiken visar att 780 000 personer har missbruksproblematik, där 330 000 har ett missbruk som inte inkluderar alkohol. Omkring 60% av de som vårdas enligt LVM har också en psykiatrisk diagnos. Många av de individer som är aktuella inom psykiatrin vårdas också enligt LVM. Parallellt med LVM-insatserna är det omkring 25% män och 40% kvinnor som också får vård utifrån LPT (Dir 2020: 68: 3f, 7).

De jämförelser som Socialstyrelsen gör mellan socialtjänsten samt hälso- och sjukvården från 2019 visar att 47% av Sveriges kommuner ingår en samverkan med regionen, medan 57% har en bestämd rutin kring samverkan. Undersökningen belyser också hur ansvarsfördelningen tolkas olika, det råder oenigheter gällande vem som har ansvaret för den enskilde och dess olika insatser. I april 2019 informerar Riksdagen att ansvarsfördelningen mellan ovanstående huvudmän är en fråga som bör tas upp, regeringen kommer därmed utse en utredare för att undersöka om en gemensam tvångslagstiftning kan vara aktuell (Dir 2020: 68: 8f).

Mot bakgrund av hur den ovannämnda samverkan fungerar, samt hur samsjuklighet tar sig uttryck i samhället, kommer studien utforska de yrkesverksammas upplevelser kring samsjuklighet, samt hur samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården fungerar i förhållande till lagarna LVM och LPT. Vi hoppas med studien kunna skapa en större förståelse för de konsekvenser som uppstår när två olika lagstiftningar möts med en problematik som är aktuell på samma klient.

1.2. Syfte

Mot bakgrund av det som benämns samsjuklighet, syftar studien till att undersöka de yrkesverksammas upplevelser inom socialtjänsten samt hälso- och sjukvården.

1.3. Frågeställningar

Baserat på vårt syfte är våra frågeställningar:

- Hur uttrycker de yrkesverksamma socionomerna och specialistsjuksköterskan inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården sina erfarenheter av att arbeta med samsjukliga patienter?
- Hur upplever de yrkesverksamma socionomerna och specialistsjuksköterskan att samverkan vid samsjuklighet fungerar, utifrån de ramar socialtjänsten och hälso- och sjukvården har?

1.4. Begreppsbeskrivning

1.4.1 Tvångslagarna

Centrala lagar i studien är LPT och LVM. Vi anser därav att det är av vikt att förtydliga vad lagen säger om tvångsvården och vad det är som gör att den enskilde vårdas under tvång. Vi kommer i följande avsnitt berätta kort om det båda lagarna. För att läsa lagen och dess innebörd i sin helhet, hänvisar vi vidare till våra bilagor i kapitel 8 och bilaga 8.1 beskrivning av tvångslagarna.

LPT är en lagstiftning för psykiatrisk tvångsvård och ska den enskilde ska vårdas enligt LPT behöver hen uppfylla det som framgår i 3§. Vidare är LVM en tvångslagstiftning som utövas på individer med missbruksproblematik. För att vårdas enligt LVM behöver individen uppfylla det som framgår i 4§.

1.5.1 Mellanrummet

I studien använder vi oss av begreppet mellanrummet. Vi definierar begreppet utifrån intervjupersonernas utsagor där vi vill utforska det glapp den enskilde hamnar i när hen är i behov av vård från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Vår tolkning av mellanrummet är att individen "faller mellan stolarna" i samband som socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska samverka.

2. KUNSKAPSLÄGET

2.1. Inhämtning av tidigare forskning

I sökningen av tidigare forskning inom området samsjuklighet och dess förhållande till LVM och LPT utgår vi från sökbaserna LUBsearch och Libris. I LUBSearch använder vi sökord som samsjuklighet, samverkan, collaboration, alcohol and drug abuse with comorbidity och integrated treatment mental illness. I samband med de valda sökorden begränsar vi vår träffmängd genom att endast välja rapporter och artiklar som är granskade enligt peer reviewed och academic journals. I Libris söker vi efter avhandlingar där begrepp som psykiatrisk tvångsvård används. För att avgränsa sökträffarna använder vi begränsningar som innebär att avhandlingarna är åtkomliga via webben. I forskningen vi hittar om samsjuklighet hänvisas det till andra artiklar som hjälper oss vidare i vår sökning för studien. Artiklarna får vi tag på genom att söka på artikelnamnet eller forskarens namn i studien.

I sökning av tidigare forskning finner vi hur samsjukligheten ser ut statistiskt, hur viktigt den professionellas bemötande är, likväl som hur tvångslagarna har utvecklats historiskt.

Anledningen till att vi väljer att presentera nedanstående forskning grundar sig i helheten av vad de olika ämnena belyser. Forskningen är relevant i förhållande till studien som syftar till att undersöka de yrkesverksammas upplevelser av samsjuklighet bestående av missbruk och psykisk sjukdom i relation till tvångslagarna LVM och LPT. Forskningen bygger på studier som är gjorda i olika länder och inom olika årtal. Att studierna är gjorda i olika länder visar på att vår undersökta problematik är vanligt förekommande i västvärlden och mellanöstern.

Varför vi vidare väljer att ta med äldre studier beror på att vi vill synliggöra att problematiken har varit aktuell i samhället under en längre period.

2.2. Statistik om samsjuklighet

Tidigare sammanhängande klientundersökningar visar att missbrukare som vårdas enligt LVM är personer som oftast befinner sig i en betungande situation. Resultatet i undersökningen har sammanställts 1996 och visar bla att hälften av respondenterna vårdats minst en gång inom psykiatri (Billinger, 2000: 30).

Vidare visar ny forskning att missbruk och psykisk sjukdom är vanligt förekommande i alla åldrar. Den kategorisering som görs vid samsjuklighet gällande psykiska sjukdomar är 45

gånger större hos personer som har ett missbruk av alkohol eller droger. Narkotika- och alkoholmissbruk är 20 gånger vanligare för patienter med psykisk sjukdom. Det är 20 gånger vanligare att patienter som har narkotika och alkoholmissbruk (till skillnad från de med missbruksproblematik) har psykiska sjukdomar. Innan samsjukligheten uppstår har kvinnor oftast psykiska sjukdomar, medan män oftast har missbruksproblematik (Xiong Lai & Huang, 2009: 238). Forskning visar även att det är vanligt förekommande med självskaðebeteende i samband med psykisk sjukdom. Hos dem med psykisk sjukdom är det omkring 50% som begår suicid. En vanlig orsak till suicid över hela världen är missbruk (Abdullah et al. 2012: 92).

Fortsättningsvis visar en studie från Australien att samsjuklighet är vanligt. Syftet med studien är bla att undersöka sambandet mellan psykiska sjukdomar och missbruk av alkohol under en tolv månaders period. I studien deltar 20 000 respondenter, varav alla är myndiga. Det framgår att 37% (förutom sitt beroende till alkohol) har åtminstone en psykiatrisk sjukdom och 22% använder andra typer av droger. När undersökningen belyser sambandet till individernas psykiatriska sjukdomar framgår det att 22% har alkoholmissbruk medan 15% har ett narkotikamissbruk. Av de svarande i studien framgår det att 29% av de alkoholberoende även har en affektiv störning. 28% lider av depression, medan 37% har en eller flera ångestsyndrom, där den vanligast förekommande är social fobi på 18% (Burns och Teesson, 2002: 299f).

2.3. Professionens bemötande vid psykisk sjukdom

Ejneborn Looi (2005: 46ff) uppger att tvångsåtgärder används i situationer som de professionella anser att den enskilde är i behov av beteendekorrigerig. Vidare finns det flertalet betydelsefulla faktorer för att minimera risken för tvångsåtgärder. Det är viktigt att vårdaren bemöter den enskilde med respekt och lyssnar för en ökad tillit. En tillitsfull relation innebär att den enskilde vågar öppna upp sig och berätta om sitt mående. Om vårdaren inte tror på den enskilde eller visar intresse genom att aktivt lyssna kan det bli svårt att motivera den enskilde till att ta emot hjälp utifrån frivilliga insatser vilket ökar risken för tvångsåtgärder. Ytterligare faktorer som ignorans av den enskildes behov, distansering, straff, beteendekorrigerig och uppfostrande tillvägagångssätt i form av kontroll ökar risken för den enskilde att inte berätta om sitt mående. Om den enskilde inte pratar om sitt mående går hen också miste om förebyggande åtgärder. Vårdaren måste även vara observant på att den enskildes behov kan synliggöras på uttalat vis genom exempelvis den enskildes beteende. I

de situationer som vårdaren har svårt att bedöma den enskildes behov kommer troligtvis den enskilde att uppleva sig övergiven samt hopp- och maktlös. Den enskilde tar då till sig copingstrategier vilket gör att vårdpersonalen kan uppleva den enskilde som destruktiv med oacceptabla beteenden som många gånger resulterar i tvångsåtgärder.

I en annan studie utforskas patienternas egna upplevelser av hur personalen bemöter dem som psykiskt sjuka, där det framkommer både positiva som negativa aspekter av bemötandet. Många uttrycker en maktlöshet och rädsla i samband med vården. Flera av patienterna väljer att undgå kontakt med vårdpersonalen pga en rädsla kring den makt vårdpersonalen besitter. En makt som patienterna upplever är kontrollerande eftersom de ska förhålla sig till vårdpersonalens premisser. Å andra sidan finns det patienter som upplever vården som positiv även om den begränsar friheten eftersom syftet i slutändan är att förhindra att den enskilde skadar sig själv. Flertalet patienter uppger att de även känner sig omhändertagna, trygga och sedda under omvårdnaden av vårdpersonalen (Enarsson, Sandman & Hellzén, 2011: 4ff).

Det kan dock bli ett inbyggt etiskt dilemma i tvångsvården eftersom det kan vara svårt för vårdpersonalen att ta hänsyn till patientens rätt till självbestämmande samtidigt som principen att "göra gott" ska uppfyllas (Wallsten, 2008: 48).

2.4. Professionens bemötande vid missbruksproblematik

Tidigare forskning visar att klienter som behandlas enligt tvångsvården bla upplever att personalen inte bemöter dem åldersadekvat samt att resurserna är för låga genom exempelvis personalbrist. Det finns även klienter som upplever att stämningen från personalen skiljer sig åt mellan olika LVM-hem, där några är strängare än andra. Klienterna känner sig avvisade genom att personalen inte bryr sig, vilket skapar en frustration hos klienterna eftersom de upplever att de inte blir sedda (Billinger, 2000: 82f).

Medan personal inom LVM-hem beskriver klienterna som tidigt störda. Begreppet tidigt störda innefattar utifrån det psykodynamiska perspektivet bla att en person använder sig av försvarsmekanismer som nedvärdering och förnekande. Personligheten kan upplevas som antisocial, narcissistisk och emotionellt instabil. Vidare framgår det att personal på LVM-hem kan uppleva klienternas psykiatriska störningar som svåra. Personalen kan uppleva klienterna som trasiga och utan hopp, likväl som de kan känna att deras egna resurser brister (Billinger, 2000: 83ff).

2.5. Samverkan

Tidigare forskning påvisar att samverkan brister mellan myndigheter på grund av en otillräcklig förståelse för varandra. Resultatet blir att de klienter med missbruk och psykisk sjukdom påverkas negativt. Forskning visar att samverkan vid samsjuklighet är betydelsefull och för att det ska fungera måste vårdmodellen inkludera tjänster som bla är godtagbara och åtkomliga. Anledningen till att samverkan vid samsjuklighet inte fungerar beror på svårigheten att hitta kompetent personal. Klienterna uttrycker även att det är svårt att veta vart de ska söka hjälp eftersom det olika instanserna gör att de blir runtskickade. Resultatet blir att många inte vill söka hjälp. Det blir inte mindre komplext när klienten har en bristande drivkraft och en försämrad bedömningsförmåga. Klienten kan också få svårt att få den hjälp som behövs eftersom det oftast föreligger en ostridighet gällande vilken problematik som kommer först. Det ursprungliga ansvaret för klientens vård blir diffus eftersom utförarna inte vet vem som ansvarar för individen. På sikt påverkar detta också vilken behandling som kan vara aktuell för den enskilde (Groenkjaer et al 2017 s, 18ff).

Missbruk och psykisk sjukdom är vanligt förekommande. Tidigare studier visar att det finns brister i samverkan mellan de professioner som arbetar med missbruk och psykisk sjukdom. Samverkan brister pga att professionerna upplever att de inte har tillräckligt med kunskap kring andra instansers insatser. Det har visat sig förekomma en kommunikationsbrist mellan instanserna vilket gör det svårt att upprätta en gemensam vårdplan kring den enskilde. Något som påverkar samverkan mellan professionerna är de olika arbetsområden som de förhåller sig till vilket gör att deras arbetsuppgifter utförs från varsitt håll. I Australien genomförs ett projekt där personal från både missbruksvården som sjukvården placeras i varandras arbetsmiljöer under tre månader för att få en inblick i varandras arbeten. Resultatet är begränsat eftersom projektet endast genomförs på den nämnda gruppen. Utvärderingen visar på att personalens samverkan kan förbättras samtidigt som de får ny kunskap (Lee et al. (2012: 335ff).

2.6. Integrerad behandling

Forskning visar att det är viktigt att behandla missbruksproblematik och psykisk sjukdom samtidigt. För att erbjuda klienten behandling för samsjuklighet har en behandlingsmodell som är särskilt effektiv för detta konstruerats. Modellen fokuserar på klientens missbruksproblematik och psykiska sjukdom genom att erbjuda behandling av terapeutiska

insatser, såsom exempelvis kognitiv beteendeterapi, gruppbehandling och stöd från familjemedlemmar. Att behandla samsjuklighet är komplext eftersom det är svårare att medicinera klienter som redan självmedicinerar. Genom klienternas självmedicinering förstärks deras mentala störning samtidigt som drogerna förhindrar medicineringens eventuella verkan (Burnett, Porter & Stalling, 2011: 849f).

Med anledning av bristande kunskap och förutom ovanstående behandlingsmodell är det få program som omfattar samsjuklighet. Att kunna bemöta både den psykiska ohälsan och missbruket är viktigt för att inte enbart bemöta den ena problematiken. Oavsett så påverkar de ekonomiska begränsningarna de professionellas kunskaper gällande att kunna arbeta med och bemöta personer med samsjuklighet. De ekonomiska begränsningarna skapar brist på behandlingsmetoder, anställning av kvalificerade personal samtidigt som enbart den ena problematiken behandlas. För att samsjuklighet ska kunna bemötas krävs det att högskolan inkluderar kurser som innefattar integrerad behandling av missbruk och psykisk sjukdom. Även i arbetet är det viktigt att hålla sig uppdaterad på vad forskningen säger för att kunna hjälpa dessa klienter (Burnett, Porter & Stalling, 2011: 852, 855).

Annan forskning visar också att integrerad behandling ger mer positiva effekter när samsjuklighet föreligger. Genom integrerad behandling går det att se att den akuta psykiatriska vården minskar samtidigt som den enskilde får ett ökat välmående. Ytterligare något som påvisats till sin fördel är att samhällets kostnader blir lägre än vid tvångsvård (Mangrum, Spence & Lopez, 2006: 83).

Vid behandling av samsjuklighet har två hinder synliggjorts. Det första hindret är individens egenskaper eftersom det är vanligt att motivationsbrist föreligger hos de personer med både missbruksproblematik och psykisk sjukdom. Motivationsbristen kan resultera i att klienten inte får det stöd som behövs. Det är inte ovanligt att exempelvis en stigmatisering föreligger hos klienten vilket ökar sannolikheten för att hen inte kommer söka någon hjälp. Det andra hindret som belyses är strukturella hinder, såsom bristande kompetens och resurser (McKEE, 2017: 53).

3. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

3.1. Teori

De teoretiska ramverk vi kommer använda oss av i studien är organisationsteorin där vi använder begreppen perception, kognitiva scheman och kommunikation som verktyg för att stödja oss i de yrkesverksammas olika sätt att tänka. Som komplement till organisationsteorin kommer vi också analysera det samspel som sker mellan organisationerna genom att använda oss av det nyinstitutionella teoretiska perspektivet, med utgångspunkt i institutionella logiker. Till sist kombinerar vi med kapitalteorin för att studera hur organisationernas samverkan påverkas av olika samhällsstrukturer genom olika kulturella kapital. Utgångspunkt i sistnämnda teorin görs med utgångspunkt i begreppet det sociala rummet.

3.2. Organisationsteori

Den moderna organisationsteorin uppkom i början av 1900-talet. Genom tiden har Frederick W. Taylor, Elton Mayo, Henri Fayol och Max Weber konstruerat organisationsteorin. Det som symboliserar en organisation är att den har en bestämd struktur med gemensamma regler, avtal och värderingar i strävan för att nå verksamhetens mål. En organisation är beroende av sin historik och därmed föränderlig över tid. Det finns ingen tydlig definition av organisationsteori däremot finns det olika sätt att se på den. En organisations inriktning skiljer sig exempelvis åt beroende på vilka kunskaper människan har som arbetar där. En organisationsteori innefattar hur en arbetsplats skapar sin egen teori och förhållningssätt med syftet att utveckla generella kompetenser inom organisationer dvs alla arbetsplatser har sin egen form av organisationsteori som har skapats under en lång tid (Lindkvist, Bakka & Fivelsdal, 2014: 16f, 23ff).

Begreppet process är ett av tre övergripande teman som finns inom organisationsteori. När forskare studerar processer inom organisationer är bla begreppen interaktion och beslut av relevans. Processerna inom organisationsteori är bundet till de aktiviteter som sker inom och utanför organisationen vilket kan kopplas till utveckling, förändring och rörelse (Lindkvist, Bakka & Fivelsdal, 2014: 36, 229). Den nämnda teoretiska utgångspunkten är betydelsefull i förhållande till studien eftersom de teoretiska psykologiska begreppen perception, kognitiva scheman och kommunikation ger oss en förståelse för hur människan fungerar i relation till organisationen.

3.3. Det nyinstitutionella teoretiska perspektivet

Beroende på hur institutionsbegreppet används och vilken teoriutveckling som sker så skapas det skilda versioner och inriktningar på den institutionella teorin. År 1977 skapar Brian Rowan och John W Meyer en ny formulering av den institutionella teorin genom att istället benämna det som en nyinstitutionell teori (Levin, 2013: 16, 28). Det nyinstitutionella teoretiska perspektivet används som stöd för att förstå mellanorganisatoriska händelser genom att teorin belyser hur professionella från olika organisationer tolkar och fördelar de övergripande tankesätten på olika vis. Det nyinstitutionella teoretiska perspektivet kan dock inte självständigt ge en förståelse för den inre dynamik som sker i organisationen (Johansson, 2013: 132; Linde och Svensson, 2013: 23). Perspektivet kompletteras därför med teorierna kapitalteorin och organisationsteorin. Den nämnda teoretiska utgångspunkten är vidare relevant i relation studien eftersom den skapar en förståelse kring hur organisationen fungerar i förhållande till den samverkan och kunskap som samsjukligheten kräver.

3.4. Kapitalteori

Pierre Bourdieu är en fransk kultur- och utbildningssociolog, forskningsledare och professor (Broady, 1998: 3). Bourdieu förespråkar kapitalteorin och med hjälp av teorin utforskar han sociala sammanhang utifrån det sociala rummet. I rummet bildas ett socialt fält (Carlhed, 2011: 284). Fältet kan förklaras som en struktur bestående av relationer och förhållandet till dess positioner. Inom det sociala fältet kan det uppstå maktkamper som kan leda till konkurrens mellan de olika fälten. Konkurrensen innebär att fälten kämpar för deras intresse (Broady, 1998: 3). Bourdieus syn om de olika fälten och dess dominerande strukturer analyseras utifrån dominerande klasser och grupper som byggs på det sammansatta kapital som den enskilde skaffar sig eller ärver. Klasserna utgörs av de sociala och materiella tillgångar som formar relationen mellan individerna (Carlhed, 2011: 285). Hur klasstrukturerna i sin tur skiljer sig åt beror på det kulturella och ekonomiska kapitalet dvs det behöver inte enbart föreligga skillnader inom det ekonomiska kapitalet eftersom det inom samma typ av klass också kan uppstå en spänning. Två personer från medelklassen kan exempelvis ha olika kulturella kapital (Repstad 2005: 121, 124).

Bourdieu benämner tillgångarna som kapital (Carlhed, 2011: 285). Det finns tre typer av kapital dvs det kulturella, sociala och ekonomiska kapitalet. Det kulturella kapitalet innefattar de symboliska tillgångarna såsom exempelvis individens kunskap. Bourdieu menar att de som

har en stor kunskap även har bättre förutsättningar för att ha goda framtidsutsikter. Vidare innefattar det sociala kapitalet de kontaktnät individen har omkring sig såsom släkten, vännerna eller andra utomstående personer. Till sist innebär det ekonomiska kapitalet i vilken omfattning individen har tillgång till materiella ting (Broady, 1998: 3, 7f, 14f). Det kapital som uppstår i en klass analyseras sedan i förhållande till det specifika fältet eller sociala rum som individerna befinner sig i, likväl som relationen dem emellan. Indelningarna möjliggör att det inte bara är klass som grupperas utifrån ett socialt system, indelningarna kan även göras utifrån kapital (Carlhed, 2011: 285).

Den nämnda teoretiska utgångspunkten är betydelsefull i förhållande till studien eftersom det teoretiska begreppet det sociala rummet som inkluderas i kapitalteorin ger oss en förståelse för hur samhällsutvecklingen ser ut och vilken betydelse olika samhällsklasser har i relation till den här utvecklingen (Repstad 2005:121, 124).

3.5. Teoretiska begrepp

3.5.1. Perception och kognitiva scheman

Perception är en av de mest betydelsefulla psykologiska processerna som finns. Begreppet perception syftar till att ordna människans sinnesintryck. Vidare hänger perceptionen samman med kognition såsom exempelvis individens minne, tänkande och kunskap. Det är svårt att skilja mellan perception och kognition därav har begreppet "kognitiva processer" skapats. Perceptionen går även att koppla till de kognitiva scheman som individen har. De nämnda scheman skapas genom de miljöer som människan socialiseras in i samt de upplevelser och erfarenheter som människan har. I studien kan vi relatera till de kognitiva scheman eftersom de olika professionerna har genomgått olika utbildningar vilket medför att dessa scheman ser olika ut. Professionernas kompetens skapar en specialiserad kunskap vilket kan leda till en form av trångsynthet när problematiken ska ses utifrån andra infallsvinklar (Lindkvist, Bakka & Fivelsdal, 2014: 165ff).

3.5.2. Kommunikation

Ytterligare en betydelsefull psykologisk process inom organisationsteorin är kommunikation vilket har en stor betydelse för att organisationen ska fungera. Envägskommunikation är en kommunikationsmodell som innebär att sändaren förmedlar ett budskap till mottagaren utifrån

hur hen tolkar informationen. Mottagaren tolkar därefter det budskap som hen fått. Kommunikation kan ske på olika sätt dvs via telefonsamtal, öga mot öga, via mail eller brev. Konsekvensen av envägskommunikation är att avsändaren inte får bekräftat om budskapet har kommit fram eller tolkats på rätt sätt. När återkoppling inte sker i kommunikationen kan det bli skadligt för människan. När å andra sidan återkoppling sker, uppdateras kommunikationsmodellen istället till en tvåvägskommunikation (Lindkvist, Bakka & Fivelsdal, 2014: 170f). En bristande kommunikation mellan de två instanser kan kopplas till studien eftersom det kan leda till den enskilde inte får den hjälp som hen behöver.

3.5.3. Institutionella logiker

En institution skapas utifrån hur människan som jobbar på en organisation agerar dvs hur hen exempelvis tänker och följer dess traditioner och normer. Vidare skapas institutionen i interaktion under en längre period. Utifrån att varje institution har bestämda mönster för hur människor som arbetar där ska agera, kännetecknas de också av en viss kontroll. Institutionens abstraktion av organisationens regler, tankemodeller och normer är också det som skiljer sig från organisationen som du istället fysiskt kan besöka och kontakta (Linde och Svensson, 2013: 12f).

Institutionella logiker är ett begrepp som tillhör det nyinstitutionella teoretiska perspektivet. De institutionella logikerna hjälper människan att få en förståelse för hur olika organisationers logiker fungerar. De föreställningar vi har kring olika organisationer och dess utformning är ett sätt att beskriva institutionella logiker på. Logikerna kan ses som en ram utifrån vad de professionella inom den organisation de arbetar på kan, får och bör göra. De institutionella logikerna uppstår genom en gemensam och historisk uppfattning. En organisation påverkas ständigt av sin omgivning eftersom det finns ett flöde av människor med olika ideér som går in i organisationen och påverkar mötet med de olika institutionella logikerna, det skapar en osäkerhet kring vilken institutionell logik som ska tillämpas. Olika professioner tolkar de institutionella logikerna på olika vis. I vår studie kan vi exempelvis se att socionomerna inom socialtjänsten inte tolkar ramarna (såsom lagstiftningen) på samma vis som socionomerna inom hälso- och sjukvården gör (Johansson, 2013: 131; Linde, 2013: 111ff).

Inom de institutionella logikerna kan ett spänningsförhållande uppstå. Johansson (2013: 127, 132ff) illustrerar detta exempel genom att diskutera barnahus och den samverkan som sker mellan socialtjänsten, hälso- och sjukvården och Åklagarmyndigheten. Samverkan mellan de

olika instanserna skapar ett spänningsförhållande eftersom de olika logikerna utgår från olika lagar. Åklagarmyndighetens lag är mer detaljerad än de andra instansernas medan både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen istället ses som ramlagar. De olika lagarna medför att olika tolknings- och handlingsutrymmen uppstår för de yrkesverksamma samtidigt som de har en sekretess de behöver förhålla sig till mellan varandra. De institutionella logikerna kan kopplas till studien eftersom vi undersöker två olika instanser, där deras olika lagar också kan bidra till ett visst spänningsförhållande.

3.5.4. Det sociala rummet

Det sociala rummet är hur relationen mellan sociala grupper konstrueras dvs mellan exempelvis klasser och yrkesgrupper (Donald Broady s.14). De sociala grupperna som befinner sig i rummet är uppdelade utifrån den position de har i relation till det kulturella och ekonomiska kapitalet. Desto närmre positionen är mellan individerna, desto fler likheter finns det. Uppdelningen i det sociala rummet möjliggör att de individer som liknar varandra förs samman samtidigt som de individer som inte gör det skiljs åt. Om två personer exempelvis har olika intressen kommer dessa personer delas upp i olika rum. Exempelvis om ambitionsnivån för vad som ska göras skiljer sig åt mellan olika grupper, kommer troligtvis ett gemensamt arbete mot samma resultat inte fungera. Vidare kan en uppdelning göras mellan två individer som befinner sig i samma rum, om deras positioner skiljer sig åt. De uppdelningar som görs mellan individerna resulterar i att individerna troligtvis inte ens möter varandra och skulle de mot förmodan göra det skulle en förståelse för varandra saknas. Medan de personer som befinner sig inom samma rum, utan att en uppdelning görs, kan främjas på så vis att de kommer varandra nära (Bourdieu 1995: 16, 21f).

Det sociala rummet kan utveckla ett socialt fält om förutsättningarna för tid och rum tillåter. Det sociala fältet bygger på kulturella och symboliska trossystem som i sin tur skapar vissa trosföreställningar (även kallat doxor). De olika doxorna bygger i sin tur på olika förhållanden vad gäller värderingar och hierarki. Exempelvis skiljer sig medicinen, kulturen och vetenskapens fält sig åt. Doxan bygger i sin tur på att det finns en viss ordning inom det specifika fältet. Ordningen gör att den enskilde uppfattar, tänker och agerar på olika vis, den nämnda strukturen benämns som habitus (Carlhed, 2011: 284). Habitus kan beskrivas som de olika principerna olika grupper har. Hur en person tränar och utövar sin träning, vad och hur hen äter kan skilja sig markant från hur en person från en annan grupp tränar och konsumerar

sin mat. Habitus innehåller också klassificering av olika scheman och principer som i sin tur utgör olika indelningar och smaker. Habitus bestämmer därför vad som är gott och ont eller bra och dåligt däremot kan dessa skillnader tolkas olika för olika personer (Bourdieu, 1995: 19). Bourdieu talar bla om ett kollektivt habitus som består av en social grupp som har liknande värderingar. Ett kollektivt habitus resulterar att gruppen skapar en "vi"- känsla (Carlhed 2011:286).

Det sociala rummet kan kopplas till studien eftersom vi undersöker yrkesverksamma socionomer med samma utbildning, men där olika instanser styr deras intresse. Likaså har vår referensperson en annan utbildning men där samma instans som tre av våra socionomer ändå styr hens intresse.

4. METOD

Studien bygger på en kvalitativ metod som utgår från semistrukturerade intervjuer med socionomer inom socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt en referensperson som är specialistsjuksköterska inom psykiatrin. I nedanstående kapitel kommer vi redogöra för hur vi genomför intervjuerna, hur vi bearbetar vårt material samt reflektioner om metodens kvalitet. Kapitlet avslutas med att vi lyfter en diskussion om de etiska ställningstaganden vi gör under processens gång samt beskriver studiens ansvarsfördelning.

4.1. Metodval

I studien har vi valt att använda en kvalitativ metod genom intervjuer. Vid en kvalitativ metod studeras olika fenomen, som exempelvis upplevelser, känslor eller tankar. Metoden består bla av yttranden eller bilder och inkluderar bla anteckningar från intervjuer och observationer. I studien har vi valt att tillämpa en kvalitativ metod eftersom vi vill uppmärksamma de yrkesverksammas upplevelser snarare är att samla in statistik som vi sedan mäter och generaliserar (Ahrne och Svensson, 2015: 10, 15). Genom att studera de yrkesverksammas upplevelser får vi också möjlighet att fördjupa oss i hur samsjuklighet upplevs hos de yrkesverksamma.

Innan vi påbörjar studien har vi en viss förförståelse kring samsjuklighet av missbruk och psykisk sjukdom. Förförståelsen grundar sig delvis i egna värderingar och erfarenheter likväl

som den kunskap vi fått under socionomutbildningen. Den förförståelse samtliga källor givit oss är något som i sin tur också gjort att valet av uppsatsämne blivit aktuellt.

I början av studien uppkommer det också en annan typ av förförståelse genom den forskning vi läser inom området. Något som omedvetet kan påverka utformningen av våra forskningsfrågor, likväl som de frågor vi konstruerar i vår intervjuguide. Ett exempel som illustrerar detta tänk är exempelvis hur en av våra forskningsfrågor redan innan vår första intervju handlar om samverkan mellan de båda instanserna. Samverkan blir därför ett aktuellt tema vi letar efter under kodningens gång för att i sin tur besvara våra forskningsfrågor. Även om förförståelsen omedvetet kan påverka utformningen av intervjuguiden och studiens frågeställningar ser vi inte det som något negativt eftersom vi samtidigt är medvetna om den. Vidare saknar vi en annan typ av förförståelse eftersom vi går in i studien utan någon kunskap kring hur de yrkesverksamma upplever samsjuklighet i praktiken.

Vår förförståelse är vidare något som kan förklaras genom att vi går in med ett abduktivt synsätt. Svensson (2015: 218f) beskriver hur interaktionen mellan deduktion och induktion bildar abduktion. Deduktion innefattar att forskaren innan sin studie har skapat en hypotes som består av den kunskap forskaren besitter. Medan den induktiva metoden utgår från att forskaren påbörjar studien med ett öppet synsätt eftersom hen saknar förförståelse.

4.2. Semistrukturerad intervju

Som kvalitativ intervjumetod väljer vi att använda oss av semistrukturerade intervjuer. Bryman (2018: 562) skiljer på den ostrukturerade och semistrukturerade intervjun som två huvudtyper av intervjuer. Han menar att den ostrukturerade intervjun består av inledande frågor som respondenten sedan fritt kan svara på. Medan den semistrukturerade intervjun består av en intervjuguide med olika teman. Intervjufrågorna i den semistrukturerade intervjun är tillräckligt öppna för att respondenten ska kunna ge fria svar samtidigt som möjligheten till följdfrågor finns.

Den semistrukturerade intervjumetoden ger oss fördelen att anpassa samtalet utifrån de svar respondenten ger. Respondenten ges möjlighet till att själv besvara frågorna samtidigt som vi får möjlighet att ställa fler frågor för att säkerställa att samtliga teman blir besvarade. Teman som vidare anpassats utifrån studiens frågeställningar är hur de yrkesverksammars syn på hur samsjukligheten är samt hur samverkan ser ut mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården

när samsjuklighet föreligger. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015: 38) menar att de öppna intervjufrågorna möjliggör att respondenten inte behöver förhålla sig till frågorna på samma sätt som hen behöver vid de standardiserade frågorna. De standardiserade frågorna ger även en bredare bild av de svar intervjuaren får in. En nackdel med vår valda intervjumetod är å andra sidan att vi riskerar att gå miste om värdefull information respondenterna besitter som inte berörs i våra valda teman inom den semistrukturerade intervjun.

4.3. Urval

Studien syftar till att undersöka hur de yrkesverksamma socionomerna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten upplever att samsjukligheten är, samt hur samverkan mellan instanserna fungerar vid samsjuklighet. Urvalet av intervjupersonerna i studien grundar sig därför i vad som är behövligt för att utföra studien utifrån dess syfte och tidsram (Eriksson-Zetterqvist & Ahrne, 2015:39f). För att besvara våra frågeställningar och hålla oss till syftet med studien har vi valt att tillämpa det målstyrda urvalet. Enligt Bryman (2018: 496) innefattar det målstyrda urvalet att organisationer, platser och respondenter väljs ut av intervjuaren som är betydelsefulla för studien. Vårt målstyrda urval innefattar fyra socionomer inom socialtjänsten vars kriterier är att de ska handlägga LVM ärenden. Likaså innefattar vårt målstyrda urval fyra socionomer inom hälso- och sjukvården med kriteriet att de ska komma i kontakt med LPT i sitt arbete. Kriterierna möjliggör vidare att respondenterna kan utgå från sina egna erfarenheter och upplevelser. Utifrån de kriterier som våra respondenter ska ha kan vi tyda att vi använder oss av ett kriteriestyrt urval. Enligt Bryman (2018: 497) är det kriteriestyrda urvalet en av de målstyrda urvalsmetoderna som innebär att exempelvis individen som deltar i studien uppfyller vissa kriterier. Vårt kriterium gällande fyra socionomer inom hälso- och sjukvården uppfylls dock inte. Vi väljer därför även ta med en referensperson som i studien är en specialistsjuksköterska inom psykiatri. Utifrån specialistsjuksköterskans kompetens så tillförs även den medicinska synen på samsjukligheten. Enligt Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015: 42) uppnås en mättnad när det insamlade materialet skapar ett visst mönster. För att uppnå en mättnad i studien har vi som kriterium att intervjua fyra socionomer inom de båda instanserna eftersom vi tror att det kan vara tillräckligt för att finna ett mönster i respondenternas svar. Något som å andra sidan också kan vara svårt, då fyra personer från de båda instanserna inte med säkerhet behöver ge en mättnad. I studien fick vi inte tag på fyra socionomer inom hälso- och sjukvården vilket även de påverkar vår mättnad i undersökningen.

I våra intervjuer har vi däremot inte något kriterium på hur länge de yrkesverksamma ska ha arbetat inom området. Å ena sidan är det ett kriterium som kan vara till sin fördel att ha med eftersom det ger oss en möjlighet att intervjua yrkesverksamma som är erfarna på området. Å andra sidan är det också ett kriterium som kan vara till sin nackdel, eftersom risken är att de yrkesverksamma som är mer erfarna också i större utsträckning tenderar att arbeta på rutin. Vidare har vi inte något kriterium gällande vilken kommun de yrkesverksamma ska arbeta inom på grund av den begränsning som samhällspandemin (covid-19) medför. Vi kan därför inte ta oss fysiskt till de yrkesverksamma, vilket möjliggör att vi kan söka respondenter runtom i Sverige. Något som i sin tur ökar våra chanser att få respondenter som vill ställa upp.

4.3.1. Valet av professioner

Syftet med studien är att undersöka de yrkesverksammas upplevelser av samsjukliga individer bestående av både missbruk och psykisk sjukdom samt den samverkan som de medför till motsatt instans. Utifrån syftet med studien anser vi att det är av relevans att intervjua yrkesverksamma från både socialtjänsten som inom hälso- och sjukvården. Utifrån den valda teorin är vår uppfattning att de yrkesverksammas syn på samsjuklighet kan skilja sig åt eftersom instanserna följer olika lagar och därav har olika handlingsutrymmen att förhålla sig till. I nedanstående analys kommer vi skilja på socionomerna beroende på om de arbetar som handläggare för missbruksärenden eller inom hälso- och sjukvårdens slutenspsykiatri, där socionomerna som handlägger missbruksärenden benämns med förkortningen (S) medan socionomerna inom hälso- och sjukvården benämns med förkortningen (SP). Vidare benämns specialistsjuksköterskan med förkortningen (SSK).

Svagheten med vårt val av professioner är att någon läkare inte har intervjuats. Anledningen till att läkare skulle vara bra att ha med är för att läkarnas beslut om LPT har en stor inverkan på den psykiatriska tvångsvården.

4.3.2. Urvalsprocess

Innan vi påbörjar urvalsprocessen väljer vi att göra en pilotintervju med en socialsekreterare för att se om frågorna vi utformat i intervjuguiden kan vara relevanta i förhållande till studien. I samband med pilotintervjun blir vi tipsade om en socionom som arbetar inom hälso- och sjukvården. Att socialsekreteraren i pilotintervjun tipsar om en annan yrkesverksam är något som också kan relateras till det snöbollsurval som Bryman (2018: 504) diskuterar. Han menar

att forskaren i ett snöbollsurval väljer ut respondenter som är av betydelse för forskningsfrågorna. Respondenterna tipsar sedan vidare om andra yrkesverksamma som är aktuella för undersökningen.

När vi påbörjar urvalsprocessen börjar vi med att publicera ett inlägg på sociala medier, i en privat grupp för socionomer. Vi märker snabbt att det nästan bara är socionomer inom socialtjänsten som besvarar vår förfrågan angående att delta i intervjun vilket gör att vi även börjar ringa till Sveriges olika sjukhus för att komma i kontakt med de yrkesverksamma inom psykiatri. Vid telefonkontakten hänvisas vi i de flesta fall till cheferna som önskar ett informationsbrev om studien (se 8.2. Informationsbrev). Cheferna vidarebefordrar sedan informationen till de yrkesverksamma som därefter får kontakta oss om de vill delta i studien. I andra fall kontakter vi också socionomerna inom hälso- och sjukvården direkt via deras e-post.

4.4. Studiens genomförande

Samtliga intervjuer genomförs på arbetstid och tar 1–1,5h, utifrån de tider som passar de yrkesverksamma. Intervjuerna sker digitalt via zoom, teams och skype med anledning av pandemin (covid-19) som finns i samhället. I samtliga intervjuer (förutom vid två) kan vi se varandras ansikten och kroppsspråk med hjälp av en kamera. I de två resterande intervjuerna använder vi telefonsamtal som verktyg för att genomföra intervjuerna. Bryman (2018: 583) talar om nackdelarna med telefonintervjuer där han nämner att intervjuaren går miste om respondentens kroppsspråk och andra sätt att reagera. Vårt syfte med studien är att undersöka de yrkesverksammas upplevelser av samsjuklighet och den samverkan det medför. Vi kan dock uppleva att dessa typer av intervjuer går att genomföra på ett bra sätt, även fast vi går miste om varandras kroppsspråk.

När intervjuerna utförs håller en av oss i introduktionen som innefattar en kort presentation av studien och dess syfte, respondenternas frivilliga medverkan samt intervjuens olika teman. I samtycke med den yrkesverksamma spelar en av oss också in intervjun via en applikation på telefonen. Inspelningar vid intervjuer är till sin fördel eftersom respondentens utsagor sparas och möjliggör därav för intervjuaren att inte missa vad respondenten säger (Bryman, 2018: 577). Introduktionen övergår sedan till att den andre av oss ställer intervjufrågorna. Vi båda flikar in med följdfrågor om och när det behövs.

Som utförare av intervjuerna väljer vi att tänka på i vilken miljö vi sitter i. Med rådande omständigheter av covid-19 kan vi sitta ostört i hemmet. Hos våra respondenter har miljön däremot varit olika. Några befinner sig på arbetsplatsen, medan andra arbetar hemifrån. Vi upplever dock att samtliga ändå tänker på att sitta enskilt. Däremot blir två av våra respondenter avbrutna under intervjun, genom att en kollega knackar på dörren eller att telefonen ringer. Bryman (2018: 566) belyser vikten av att intervjua respondenterna i en stilla och avskild miljö, där respondenterna kan infinna sig med en känsla av trygghet. Ovanstående avbrott är dock inget vi upplever påverkar våra intervjuer eftersom respondenterna fortsätter där de slutade innan de blev avbrutna. Vi känner även att respondenternas utsagor ger oss tillräckligt med information om samsjukligheten och samverkan för att genomföra studien.

4.5. Bearbetning och analys

Med hjälp av organisationsteorin, kapitalteorin och det nyinstitutionella teoretiska perspektivet analyserar vi vår empiri genom att undersöka de yrkesverksammas upplevelser av samsjuklighet och samverkan dem emellan. Vi använder oss av begreppet institutionella logiker för att studera samspelet mellan instanserna. Vi kompletterar sedan med begreppet det sociala rummet för att även förstå samhällsutvecklingen och den betydelse olika klasser har för utvecklingen. För att också studera individnivån och de skillnader som föreligger inom de yrkesverksammas tankar och agerande använder vi oss av begreppen kognitiva scheman, perception och kommunikation.

Våra intervjuer bearbetas genom transkribering där vi ordagrant återberättar det som respondenterna och vi själva sagt i text. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015: 51) förklarar hur materialet vid intervjuer kan skrivas ut på olika sätt beroende på vilken teknik som används. Ett alternativ är att använda en uppspelningsmaskin där fördelen är att forskaren bekantar sig med empirin. Forskaren får också större möjlighet att förstå vad respondenten säger, till skillnad från om det är en utomstående som transkriberar intervjun. Samtidigt möjliggör den egna bearbetningen även till att tolkningsarbetet kan påbörjas under transkriberingen av intervjun. Nackdelen med att transkribera intervjuerna på egen hand är dock att det tar mycket tid. Något även vi upplever eftersom transkriberingen av varje intervju tar omkring fem till sex timmar. Även Bryman (2018: 589f) belyser noggrannheten som krävs

vid transkribering. Han menar att noggrannhet behövs för att kunna återberätta vad som sagts under intervjun.

När transkriberingen av intervjuerna är klara börjar vi med att läsa igenom och koda empirin genom att vi går igenom materialet för att finna eventuella teman, dvs vi utgår från en tematisk analys. Den tematiska analysen bildar sedan de teman som är aktuella för studien (Bryman 2018: 684, 698ff). Exempel på teman vi hittar i studien är bla samverkan, kommunikation och bemötande.

När vi är klara med kodningen börjar vi sortera och reducera empirin genom att förhålla oss till representationsproblemet, dvs vi skär ner på materialet för att tillförsäkra oss om att vi använder oss av den empiri som är relevant för att besvara våra frågeställningar (Rennstam och Wästerfors, 2015: 220).

4.6. Metodens styrkor och svagheter

Styrkorna med vår kvalitativa metod är att vi genom intervjuerna med de yrkesverksamma får ta del av hur samsjukligheten tar sig uttryck i praktiken. Samtliga respondenter arbetar inom olika kommuner vilket gör att de likheter vi kan finna dem emellan visar på att åsikterna är liknande i olika delar av Sverige. Utifrån vår möjlighet att ställa följdfrågor kan vi få utförligare svar till studien jämfört med en kvantitativ metod. Ytterligare en fördel är att vi med hjälp av det kriteriestyrda urvalet kan säkerställa att respondenterna kommer i kontakt med samsjukliga individer och därmed uppfyller studiens syfte. Till sist är en fördel att våra semistrukturerade intervjuer utgår från likadana frågor hos de yrkesverksamma inom de båda instanserna, med skillnaden att lagstiftningen och den nämnda problematiken ändras i frågorna beroende på vilken instans respondenten arbetar på. Intervjuguidens färdiga frågor underlättar för oss när vi analyserar likheter och skillnader i de yrkesverksammas utsagor.

Svagheten med vår kvalitativa metod är att omfånget av våra respondenter är sammanlagt åtta yrkesverksamma, vilket inte är representativt för en större målgrupp. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015: 42) förklarar att intervjuer behöver ske med fler personer än vårt valda antal av respondenter när intervjuer sker med olika grupper. För att intervjuerna ska vara representativa behövs det lika många intervjuer inom de båda grupperna som det annars skulle behövas inom en grupp. Även om vi själva vill intervju fler upplever vi att det är svårt

att få tag på respondenter som vill ställa upp, utifrån den tidsram och de kriterier vi har att förhålla oss till i studien.

4.7. Metodens tillförlitlighet

I kvalitativa studier mäts undersökningen genom tillförlitlighet. Bryman (2018: 465ff) beskriver hur tillförlitligheten i sin tur är uppdelad i olika delkriterier. Han benämner dessa som trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och en möjlighet att styrka och konfirmera.

Trovärdigheten handlar om hur övertygande forskarens resultat är för läsaren exempelvis genom att återkoppling ska ske till respondenterna för att tillförsäkra sig om att rätt tolkning har gjorts av det som sagts (Bryman, 2018: 467). Å ena sidan har vi en form av trovärdighet eftersom vi gör en återkoppling i slutet av våra intervjuer, direkt till våra respondenter, där vi frågar om de har något de ville ändra eller tillägga i förhållande till vad de tidigare sagt. Å andra sidan brister vår trovärdighet eftersom vi inte gör någon återkoppling efter att empiri transkriberats pga det tidsomfång vi har att förhålla oss till i studien.

Överförbarheten innebär i vilket omfång resultatet kan överföras till andra miljöer. För att detta resultat ska kunna föras över till en annan miljö behöver forskaren kunna beskriva sammanhanget i detalj (Bryman, 2018: 467f). I studien intervjuar vi respondenter från olika kommuner. Utifrån vårt omfång av respondenter anser vi dock att det är ett kriterium som kan vara svårt att uppfylla även om vi förklarar vårt material av empirin ingående, eftersom intervjuerna med de enskilda respondenterna inte med säkerhet behöver överensstämma med andra individers upplevelser.

Pålitligheten i studien innefattar ett granskande sätt att se på saker. I praktiken innebär det att samtliga av studiens forskningsprocesser noggrant redogörs, exempelvis vilka respondenter som väljs, vilka forskningsfrågor som används likväl som en utskrift görs av intervjuerna (Bryman, 2018: 468). Kriteriet tillgodoses genom att vi presenterar processen i ett omfattande metodkapitel. Vidare har vi stöd från vår handledare och utgår från Råd och anvisningar för uppsatsarbete (Socialhögskolan 2018) för att tillförsäkra att studien görs på rätt sätt.

Möjligheten att styrka och konfirmera innebär att forskaren påvisar objektivitet genom att studiens slutsatser inte påverkas av egna åsikter eller olika inriktningar som finns i teorierna (Bryman, 2018: 470). Under studien är vi medvetna om våra egna värderingar om samsjuklighet samtidigt som vi går in med en bestämd teori vid analyserandet av empirin,

vilket kan påverka vår objektivitet till undersökningen. Å andra sidan möjliggör det för oss att vara objektiva eftersom vi bla är noggranna med att ställa öppna frågor till respondenterna.

4.8. Forskningsetiska principer

I studien tar vi hänsyn till de forskningsetiska principerna. Vetenskapsrådet (u.å: 6) nämner att det finns fyra huvudkrav som preciseras utifrån det grundläggande individskyddskravet. Huvudkraven är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Informationskravet handlar om att respondenterna får information om att deras medverkan är frivillig. Samtyckeskravet handlar i sin tur om att samtycke till medverkan måste ges av respondenten. Vidare har respondenten rätt att avbryta mitt under intervjun, samtidigt som avbrytandet inte ska ge respondenten några negativa konsekvenser. Konfidentialitetskravet innebär att uppgifter om respondenten ska anonymiseras. Till sist innebär nyttjandekravet att den insamlade empirin endast får användas i den aktuella studien (Vetenskapsrådet, u.å: 7, 9f, 12, 14).

Ovanstående principer är något vi uppfyller genom det informationsbrev (se 8.2. Informationsbrev) vi skickar ut till cheferna på de olika avdelningarna. I brevet belyser vi informationskravet genom att informera respondenterna att deras medverkan är frivillig. Samtyckeskravet uppfylls genom att vi uppger platsen för intervjun, tidsomfånget och studiens syfte. Respondenterna får sedan avgöra om de vill medverka i studien. Information gällande avidentifiering framgår också i informationsbrevet vilket gör att konfidentialitetskravet uppnås. Nyttjandekravet uppfylls tills sist eftersom vi informerar respondenterna om att det som sägs under intervjun endast kommer tillämpas för vår studie vilket innebär att det endast är vår handledare och vi som kommer ha tillträde till materialet. Vidare ges information kring att det insamlade materialet kommer fördärvas när studien är godkänd.

Förhoppningsvis vidarebefordrar chefen informationsbrevet till de anställda. Det är sedan upp till de anställda att själva besluta om de vill delta studien. Att medarbetarna själva tar detta beslut är pga etiska skäl, för att behålla anonymiteten. Eftersom vi själva kontaktar sex av åtta

respondenter utan chefens närvaro, är informationen i informationsbrevet något vi också muntligt ger ut i samband med intervjuerna.

4.9. Arbetsfördelning

Vi strävar efter att ha en jämn arbetsfördelning där båda är lika delaktiga. Vi gör allt tillsammans dvs samlar in material, intervjuar, transkriberar, analyserar likväl som utformningen av resultatet. Våra teorier läser vi båda för att gemensamt komma fram till en relevant tolkning i relation till vårt material. När vi skriver vår uppsats gör vi också detta gemensamt för att behålla vår arbetsfördelning lika även där.

5. RESULTAT OCH ANALYS

Nedanstående analys består av två delar. Analysen tar avstamp utifrån våra åtta respondenter. Fyra socionomer som handlägger missbruksärenden inom socialtjänsten (S) och tre socionomer som arbetar inom hälso- och sjukvårdens slutenvård psykiatri (SP). Numrering sker sedan från 1–4 på (S) och 1–3 på (SP) beroende på vems utsaga det gäller. Vi är medvetna om att deras utbildning i grunden är likadan, men väljer att dela upp dem eftersom de arbetar på två olika instanser. Utsagan från vår referensperson dvs specialistsjuksköterskan inom psykiatri (SSK) belyses för att möta hans berättelse i förhållande till socionomernas samt för att få med den medicinska logiken på samsjukligheten och samverkan.

I den första delen av analysen presenterar vi vilka erfarenheter de yrkesverksamma inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården har i förhållande till samsjuklighet. Vi lyfter fram de yrkesverksammas upplevelser kring hur samsjuklighet tar sig uttryck inom de nämnda verksamheterna. De yrkesverksammas upplevelser presenteras först enskilt utifrån vilken befattning och yrkestitel de har, likheter och skillnader förs mellan socionomerna inom samma instans. Till sist förs likheter och skillnader mellan samtliga respondenter i en samlad analys.

Den andra delen av analysen innefattar hur organisationens ramar påverkar socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens samverkan i förhållande till klienten. Även i vår andra del belyser vi, precis som ovannämnda indelning, de likheter och skillnader som föreligger mellan de yrkesverksamma inom de olika instanserna.

5.1. Likheter och skillnader i de yrkesverksammas upplevelser

5.1.1. Socionomer som handläggare missbruksärenden inom socialtjänsten

I de fyra intervjuerna med socionomerna inom socialtjänsten framgår det att samsjuklighet är vanligt förekommande i deras dagliga arbete, likväl som det inte är ovanligt att dessa klienter återkommer. Att samsjuklighet är vanligt förekommande är något som också framgår i tidigare forskning som menar att det är vanligt att missbruk och psykisk sjukdom föreligger parallellt i alla åldrar. Forskningen visar att de antal personer som är diagnostiserade med psykisk sjukdom är 45 gånger större än hos dem som har en missbruksproblematik av alkohol eller droger (Xiong Lai & Huang, 2009: 238). Socionomerna upplever även att samsjukligheten är svår eftersom de inte vet om det är missbruket eller den psykiska ohälsan som kommer först. Socionom (S1) uttrycker exempelvis:

Samsjukligheten är ju sån, att ibland vet man inte vad som är hönan och vad som är ägget. Alltså, är personen psykotisk på grund av drogerna eller tar personen droger pga att den i grunden är psykiskt sjuk och ser saker som inte finns, alltså att den självmedicinerar, man vet inte.

Vidare upplever tre av fyra socionomer i våra intervjuer att LPT vården avslutas inom en alltför kort period för att den enskilde ska hinna få rätt vård. Socionom (S4) uttrycker exempelvis hur LPT vården kan resultera i att den enskilde inte hinner stabilisera sig. Hen uttrycker hur motarbetade de blir när den enskilde som kanske är suicid eller har psykoser skrivs in för att sedan skrivas ut till hur hen benämner det som ingenting. Med utgångspunkt i tidigare forskning om integrerad vård framgår det modeller där behandling av terapeutiska insatser såsom gruppbehandling, kognitiv beteendeterapi och stöd från familjemedlemmarna är betydelsefulla för klienter med samsjuklighet (Burnett, Porter & Stalling, 2011: 849f). I vår empiri är det därav möjligt att tolka socionom (S4) uttryck som att alla inte har någon familj som tar hand om den enskilde.

Vidare anser socionomerna att samverkan behöver förbättras mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården för att undvika att klienten hamnar mellan stolarna. För att samverkan ska fungera anser socionomerna att en gemensam instans eller lagstiftning borde utformas. Två av

socionomerna menar att det gemensamma ansvaret är något som borde ligga på regionen.

Socionom (S4) uttrycker exempelvis:

Jag tycker att det skulle behövas en lagstiftning som är anpassad för de samsjuka personerna. Alltså en kombination av LVM och LPT... För klienterna blir mer och mer komplexa. Det är mycket tyngre missbruk, det är mycket mer omfattande psykisk ohälsa. Den här stuprörsprincipen (förtydligande: trångsynt tänkande) fungerar inte på dem längre. Det är liksom väldigt, väldigt få som passar in i renodlat missbruk eller i renodlad psykiatri.

Med utgångspunkt i tidigare nämnda forskning kan vi tyda att samverkan är viktig mellan de olika instanserna för att den enskilde ska få den hjälp hen behöver (Groenkjaer et al 2017 s, 18ff). Det är därav möjligt att tolka socionomernas tankar om en gemensam instans och lagstiftning som en vilja till bättre samverkan. Å andra sidan framgår det hur samverkan ständigt läggs över på motsats instans. Tre av socionomerna uttrycker det genom att psykiatrin skjuter ifrån sig ansvaret, där två av socionomerna upplever att läkarna pga att individen har ett LVM vill att socialtjänsten ska ta över ansvaret. Socionom (S2) uttrycker hur psykiatrin många gånger inte tar sitt ansvar. Psykiatrin anser exempelvis att klientens problematik mer grundar sig i ett missbruk och vill därför att socialtjänsten ska ta hand om ärendet. Med utgångspunkt i Bourdieus begrepp det sociala rummet är det möjligt att tolka socionom (S2) uttryck som att hen till skillnad från psykiatrin befinner sig i ett annat socialt rum och därav ser problematiken utifrån ett annat sätt än vad psykiatrin gör. Bourdieu (1995: 16, 21f) beskriver att de individer som liknar varandra i det sociala rummet förs samman medan de som skiljer sig från varandra inte gör det.

Andra gemensamma faktorer som framgår i intervjuerna är att socionomerna uttrycker att LVM-vården är dyr eftersom summan går upp emot 600 000 kr i snitt per person. Socionomerna uttrycker även att tvångsvården inte alltid är den bästa lösningen utan att frivillig vård är ett bättre alternativ för att bemöta klienten. Fyra socionomer upplever också att kriterierna för LVM är bra. Tre av fyra socionomer anser att LVM är nödvändigt eftersom lagstiftningen används i akuta situationer där klienternas liv behöver räddas.

Skillnaden mellan socionomerna i intervjuerna är främst hur deras organisation är strukturerad. Två av socionomerna handlägger inte enbart missbruksärenden utan även socialpsykiatriska ärenden. De yrkesverksammas olika kompetenser inom de olika

kommunerna medför att de möter och diskuterar samsjuklighet på olika sätt. De kommuner som även handlägger socialpsykiatriska ärenden har exempelvis en annan förståelse för individens psykiatriska problematik, till skillnad från de socionomer som enbart handlägger missbruksärenden. Ytterligare uppgav en socionom att hen enbart handlägger LVM ärenden medan resterande tre arbetar med både LVM och SoL-insatser. Enligt organisationsteorin skapar varje arbetsplats sin egen struktur för att nå verksamhetens mål (Lindkvist, Bakka & Fivelsdal, 2014: 16f, 23ff). Socionomerna i studien har alla som mål att hjälpa klienten med missbruksproblematiken även fast strukturen i de olika kommunerna skiljer sig åt.

Utifrån respondenternas utsagor går det att utläsa att ett mellanrum skapas mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården på så vis att deras enskilda instans inte ensam har den kunskap som behövs för att hjälpa den enskilde. Socionom (S3) beskriver exempelvis att det borde finnas ett team där det ingår socialsekreterare, sjuksköterskor och läkare för att hjälpa den enskilde. Ett team baserat på dessa yrkeskategorier finns redan i dagsläget, men enbart för de som har psykiatriska problem. Fortsättningsvis berättar socionom (S3) att det finns boenden för samsjukliga, dock finns det varken några sjuksköterskor eller läkare där. Som socionom upplever hen att saknas det kompetens till att göra en medicinsk bedömning vilket innebär att de ovannämnda professionerna är nödvändiga i arbetet.

5.1.2. Socionomer inom hälso- och sjukvårdens slutenvård

En likhet i våra tre intervjuer med socionomerna inom slutenvården är att samsjuklighet är vanligt förekommande. Samtliga tre socionomer uttrycker att vårdtiden för LPT i genomsnitt är en vecka. Vidare upplever de att det inte finns några oklarheter när det gäller användningen av LPT, där två av socionomerna uttrycker att det är ett ansvar som ligger på läkarna. Två av socionomerna beskriver hur läkarna vill att socialtjänsten rättar sig efter dem. Med utgångspunkt i det sociala fältet inom kapitalteorin kan vi tyda att socionomernas utsagor gällande läkarnas åsikter kan tolkas som den maktkamp som kan ske mellan olika fält när de kämpar för vad som är deras intresse (Broady, 1989: 3). Analysen av fälten bygger på de kapital den enskilde skaffar sig eller ärver och analyseras utifrån klasser eller grupper (Carlhed, 2011: 285). I vår empiri blir det sociala fältet synligt främst när socionomerna uttrycker hur läkarna gärna vill vara de som bestämmer. Det kan också tolkas som att läkarna befinner sig i en annan grupp eftersom deras sätt att hjälpa den enskilde inte alltid behöver överensstämma med socionomernas åsikter.

Vidare framgår det att socionomerna inte upplever några tveksamheter vid användandet av LPT eftersom det är en bedömning som görs av läkarna. För att återkoppla till ovannämnda institutionella logiker kan vi se att läkarnas institutionella logik handlar om det medicinska ansvaret. Johansson (2013: 131; Linde, 2013: 111ff) menar att de institutionella logikerna möjliggör för människan att förstå hur de olika logikerna fungerar för olika organisationer. Logikerna kan ses som en ram för vad som är acceptabelt att göra som professionell utifrån den verksamhet den yrkesverksamma arbetar inom.

En skillnad å andra sidan är hur två av tre socionomer uttrycker att LPT tiden är, två av socionomerna benämner enbart hur lång vårdtiden i genomsnitt är medan den tredje socionomen benämner att det kan föreligga en viss problematik med den. Socionom (SP2) menar exempelvis att det finns en förståelse för socialtjänsten som ibland kan uppleva att LPT:et skrivs av för snabbt. Med utgångspunkt i begreppet kulturellt kapital går det att tolka socionom (SP2) förståelse för socialtjänsten som något som grundar sig i deras gemensamma utbildning. Broady (1998: 8) beskriver hur de kulturella kapitalet bla innefattar den kunskap individen besitter. I studien arbetar socionom (SP2) inom en annan instans än socionomerna inom socialtjänsten men visar ändå på en förståelse för hur motsatt instans tänker.

Ytterligare en skillnad som framgår i intervjuerna är hur socionomerna anser att läkarnas bedömningar görs. Socionom (SP2) menar att LPT alltid är en svår fråga. Där socionomens syn på att skriva av patienten inte alltid behöver överensstämma med läkarens. Medan socionom (SP3) menar att en tillförlitlighet i läkarnas LPT bedömningar finns, något hen uttrycker genom följande:

Det är ju egentligen ingenting att anse om, utan det är ju en läkare som gör en bedömning kring det, tänker jag.....Och det tror jag att de är väldigt kompetenta och duktiga på. Jag har ingen känsla på att de inte är bra på det och de gör ju aldrig ett LPT i onödan tänker jag. Och ibland är det ju så att patienten inte uppfyller kriterierna, fast nästan läkaren skulle vilja, för de är på gränsen och då vet man ju det på något sätt.

Ytterligare en skillnad är att socionom (SP3) till skillnad från de andra två socionomerna uttrycker att närpsykiatrin inom hälso- och sjukvården gärna vill skylla ifrån sig när det kommer till patienter med missbruksproblematik.

En fjärde skillnad mellan socionomernas utsagor är att (SP3) uttrycker hur ekonomin påverkar samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Socionom (SP3) berättar

exempelvis om ett samverkansprojekt som funnits i kommunen vilket fungerade bra men togs bort pga resursbrist.

En femte skillnad är hur socionom (SP2) uttryckligen pratar om att en planering borde finnas för den enskilde även när de lämnar instansen och går ut i samhället igen. Socionom (SP2) uttrycker också till skillnad från de andra socionomerna inom hälso- och sjukvården att det föreligger ett dilemma kring samsjuklighet och vad som egentligen kommer först av missbruket och den psykiska ohälsan, medan de andra socionomerna diskuterar vems ansvar missbruket och den psykiska ohälsan egentligen ligger på. Socionom (SP2) uttrycker exempelvis följande:

Vad är det som gör att de har börjat dricka eller droga? Är det för att de har mått dåligt tidigare så att det är droger med självmedicinering? Eller har de fått ångest och den problematiken på grund av att de har druckit? Vilket också missbruket gör, det ökar ju också ångesten hos dem. Det blir bara värre och värre ångestsyndrom.

Ytterligare en skillnad bland socionomerna i våra intervjuer är hur de bemöter sina patienter på de olika slutenvårdsavdelningarna. I en av intervjuerna framgår det till skillnad från de andra två socionomerna att personalen ägnar tid tillsammans med de intagna. Socionom (SP2) förklarar att de exempelvis spelar kort eller pingis med patienterna. Bemötandet på socionom (SP2) avdelning är något som tydligt kan kopplas till forskningen som visar att personalens bemötande inom den psykiatriska slutenvården är betydelsefull för att förhindra att den enskilde skadar sig själv. Bemötandet har även visat sig vara av vikt på så vis att patienterna känner sig bekräftade, omhändertagna och trygga (Enarsson, Sandman & Hellzén, 2011: 4ff). Att vårdpersonalen ger tid till patienterna är något som skapar en tillitsfull relation. Forskning om bemötandet visar också att ovanstående typ av relationer möjliggör för patienten att våga berätta om sina tankar och känslor samtidigt som de kan öka motivationen för framtida frivilliga insatser (Ejneborn Looi 2005: 46ff).

5.1.3. Specialistsjuksköterska inom psykiatri

Specialistsjuksköterskan (SSK) uttrycker samsjuklighet som en svårighet när man som professionell ska bedöma vad som kommer först av missbruket och den psykiska ohälsan. Specialistsjuksköterska (SSK) uttrycker ovanstående genom följande citat:

Många patienter hamnar mellan stolarna för ett missbruk kan ju faktiskt maskera en psykisk ohälsa hos patienten. Med en psykisk ohälsa så inkluderar jag allt från dåligt mående, till diagnoser, till alkohol och sådär. Missbruket är faktiskt maskerat otroligt mycket. Det gör att ibland hamnar dessa patienter mellan stolarna där de inte får den hjälpen som de behöver. För att ibland tycker socialtjänsten att de behöver, ah men det är ju det psykiska måendet som är det stora medan vi ser att det är beroendet som är problemet istället, så vad är hönan och var är ägget?

Specialistsjuksköterska (SSK) uttrycker att en paketslösning behöver finnas för de samsjukliga klienterna för att de ska få tillräckligt med vård och stöd när de kommer ut i samhället igen. Även de ekonomiska aspekterna i praktiken belyses, utifrån hur resurser borde fördelas bättre till socialtjänsten och dess behandlingshem.

Specialistsjuksköterska (SSK) har en förståelse för LPT's kriterier och uppger att vårdtiden ibland kan vara för kort, något som exempelvis uttrycks genom följande citat:

Det handlar om att vi skulle behöva ha patienterna här en längre tid ibland hos oss från sjukvårdens sida. Ibland kan jag uppleva att vi är lite för snabba med att skriva ut patienten.

Vidare upplever hen att det inte finns några tveksamheter när tvångslagstiftningen ska användas eftersom det är läkarna som gör bedömningen om LPT. Specialistsjuksköterska (SSK) uttrycker exempelvis att kriterierna för LPT möjliggör att många patienters liv går att rädda. Hen beskriver hur de inom hälso- och sjukvården gör en ny bedömning efter 24 timmarna på patienten, där bedömningen av den nya läkaren inte alltid behöver överensstämma med den första läkarens bedömning. Även om olika bedömningar görs mellan de olika läkarna menar specialistsjuksköterska (SSK) att det är de första 24 timmar som är de viktigaste. Inom det första dygnet arbetar man som professionell mest aktivt med patienten. Inom den nämnda tiden är patienten som mest sårbar psykiskt och har inte hunnit sluta sig på nytt.

Specialistsjuksköterskans (SSK) kunskaper gällande hur och varför man som professionell bör bemöta den enskilde inom 24 timmar är något som kan kopplas till tidigare forskning om bemötande. Ejneborn Looi (2005: 46ff) menar att tilliten i en relation möjliggör för den enskilde att lättare prata om sitt mående. Där ett aktivt lyssnande kan öka den enskildes

motivation till att sedan ta emot frivilliga insatser. Å andra sidan är en intressant aspekt med dessa 24 timmar hur mycket tillit den enskilde egentligen hinner bygga upp gentemot den professionella, innan en ny läkare kommer och gör ytterligare en bedömning.

Vidare uttrycker specialistsjuksköterska (SSK) att åsikterna inte alltid stämmer överens med läkarna gällande om ett LPT borde göras. Då hen ibland kan tycka att ett LPT borde göras, även fast läkaren gör en annan bedömning. Ibland förstår hen inte heller hur läkaren kan besluta om LPT på en patient.

5.1.4. Samlad analys

Analysens första del innefattar de yrkesverksammas syn på samsjukliga klienter. Utifrån ovanstående analys kan vi se att samtliga av de ovannämnda respondenterna kommer i kontakt med samsjukliga klienter oavsett yrkestitel och område. Utifrån de nämnda utsagorna går det att utläsa att socionomerna inom socialtjänsten anser att läkaren många gånger avskriver ett LPT för snabbt. Utifrån lagstiftningarna LVM och LPT är vårdtiden sex och fyra månader samtidigt bekräftar både socionomerna inom hälso- och sjukvården och specialistsjuksköterskan att ett tvångsomhändertagande utifrån LPT enbart är några dagar. Socionom (SP2) likväl som specialistsjuksköterskan (SSK) instämmer i att LPT vården ibland kan skrivas av för snabbt. En tänkbar förklaring till att tvångsvården skrivs av så snabbt som det görs kan vara att kriterierna för att vårda någon enligt LPT är snäva. Liknande resonemang kan vi även tyda att socionom (S1) uttrycker genom följande:

Det är högt inflöde av patienter som mår dåligt och som har missbruk och så finns det ont om platser. Läkaren måste hela tiden göra dessa snäva avvägningar vid beslut om LPT inläggning men ibland blir det alldeles för grovt. Alltså vissa personer kan komma ner och säga rakt ut att de vill ta sitt liv och att de mår dåligt men får ändå inte bli inlagda.

Det är ingen av de yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården som är osäkra på användningen av LPT, där tre av fyra även menar att det är ett ansvar som läkarna tar. Alla fyra socionomer inom socialtjänsten belyser den ekonomiska frågan, antingen utifrån att LVM är dyrt att använda på den enskilde eller att ansvaret för den enskilde borde delas mellan instanserna för att undvika vem som ska stå för kostnaderna. Den ekonomiska frågan är något även socionom (SP3) uttrycker där hen diskuterar hur ekonomin påverkar samverkan mellan instanserna. Specialistsjuksköterskan (SSK) upplever att mer pengar borde prioriteras till

socialtjänsten för att de ska kunna erbjuda den enskilde bättre behandlingshem. Med utgångspunkt i den kollektiva habitusen går det att tolka likheterna hos samtliga socionomer inom socialtjänsten som liknande värderingar som skapats inom deras instans (Carlhed 2011: 286). I vårt material kan de gemensamma värderingarna tydas eftersom samtliga socionomer belyser kostnaderna för LVM eller kostnaderna för den samverkan som samsjukligheten medför. Begreppet habitus och den kollektiva habitusen kan också kopplas till socionom (SP3) och specialistsjuksköterskans (SSK) tankar om ekonomin genom att deras värderingar har konstruerats i deras gemensamma praktik. Bourdieu (1995: 19) förklarar habitus som de olika principer olika grupper har och den kollektiva habitusen som en grupp bestående av liknande värderingar. I vår empiri kan vi se att liknande värderingar förs mellan socionom (SP3) och specialistsjuksköterska (SSK) när det gäller de ekonomiska resurserna, på så vis att det i dagsläget inte är tillräckliga för att den enskilde ska få den hjälp hen behöver.

De fyra socionomerna inom socialtjänsten uttrycker att psykiatrin många gånger skjuter ifrån sig sitt ansvar då exempelvis psykiatrin upplever att ärendet är missbruksrelaterat och inte medicinskt. Något även socionom (SP3) bekräftar då hen upplever att den öppna psykiatrin många gånger skjuter ifrån sig ansvaret till socialtjänsten. Att socionomerna upplever att psykiatrin skjuter ifrån sig sitt ansvar är något som å andra sidan är intressant eftersom två av socionomerna (S2) och (S1) vill att regionen ska vara den ansvarige huvudmannen för de båda instanserna. Vidare uttrycker två av socionomerna inom hälso- och sjukvården (SP2) och (SP3) hur läkarna gärna vill att socialtjänsten ska rätta sig efter dem, exempelvis utifrån om socialtjänsten ska vara involverad i ärendet med klienten eller inte.

Specialistsjuksköterska (SSK) uttrycker hur planeringen av insatserna för den enskilde måste förbättras för att den enskilde ska få rätt stöd även när hen lämnar instanserna.

Specialistsjuksköterska (SSK) bekräftar därav de ovannämnda utsagorna från socionomerna inom hälso- och sjukvården gällande att tillräckligt med ansvar inte tas för den enskilde med samsjuklighet.

Hos de fyra socionomerna inom socialtjänsten, likväl som hos socionom (SP2) och specialistsjuksköterska (SSK) inom hälso- och sjukvården kan en likhet tydas gällande en osäkerhet för vart problematiken grundar sig i vid samsjuklighet. Något som överensstämmer med tidigare forskning som visar att det är svårt för den enskilde att få rätt typ av vård, när tvivel föreligger kring vilket problem som kommer först. När inte utförarna vet vem som ska ansvara för vad blir vården diffus och behandlingen som erbjuds till den enskilde påverkas (Groenkjaer et al 2017 s, 18ff). Att det föreligger tvivel kring vem som ska ansvara för vården

är en likhet hos de resterande socionomerna inom hälso- och sjukvården som menar att det ofta uppstår oklarheter vid ansvarsfördelningen.

Vidare finns det fler likheter än skillnader mellan de yrkesverksamma socionomerna på socialtjänsten. Med utgångspunkt i de teoretiska begreppen institutionella logiker och kognitiva scheman kan vi tyda att de institutionella logikerna kan förklaras som de olika uppträdanden människan har inom de olika organisationerna (Johansson, 2013: 131; Linde, 2013: 111ff). Medan de kognitiva scheman upprättas utifrån de miljöer människan vistas inom genom hans upplevelser och erfarenheter (Lindkvist, Bakka & Fivelsdal, 2014: 165ff). I vår kodning och de likheter som finns mellan socionomerna inom socialtjänsten går det att konstatera att de inom samma instans också arbetar utifrån samma institutionella logik. Likväl som hur den institutionella logiken formar deras kognitiva scheman och sätt att tänka. De institutionella logikerna mellan våra respondenter är något vi vidare kan tyda skiljer sig åt. Socionomerna inom socialtjänsten arbetar utifrån en socialt rehabiliterad logik. Socionomerna inom hälso- och sjukvården besitter också den socialt rehabiliterade logiken men förhåller sig även till den medicinska logiken. De båda instansernas logiker medför att socionomerna ser samma problematik på olika sätt samt har olika lagar att förhålla sig till. Till sist utgår specialistsjuksköterskan (SSK) inom psykiatrin enbart från den medicinska logiken men med utgångspunkt i samma lagstiftning som socionomerna inom hälso- och sjukvården.

Å andra sidan finns det större skillnader mellan socionomerna tillhörande olika instanserna dvs mellan socionomerna inom socialtjänsten och socionomerna inom hälso- och sjukvården. Det intressanta med dessa skillnader är att de yrkesverksamma inom de båda instanserna har samma utbildning, dvs liknande kognitiva scheman, likväl som liknande kulturellt kapital. Även om de besitter liknande utbildningar så styr de institutionella logikerna mer. Resultatet blir att de yrkesverksamma trots den gemensamma utbildningen använder sin perception på olika sätt eftersom de ser olika saker. Däremot finns det fler likheter än skillnader hos specialistsjuksköterskan i relation till socionomerna inom hälso- och sjukvården. Det går därav att tyda att de institutionella logikerna styr mer än vad de olika utbildningarna och de kulturella kapitalen gör för en sjuksköterska och socionom.

5.2. Samverkan utifrån organisationens ramar

5.2.1. Socionomer som handlägger missbruksärenden inom socialtjänsten

Gemensamt bland de fyra socionomerna inom socialtjänsten är att de uttrycker hur samverkan är gentemot hälso- och sjukvården. Socionom (S3) berättar exempelvis hur deras samverkan med hälso- och sjukvården är utformad till sin fördel eftersom socionomerna får möjlighet att föreläsa för läkarna och dela med sig av hur de arbetar med klienter som har missbruksproblematik. Syftet med föreläsningarna är att öka läkarnas förståelse för de beslut som socionomerna inom socialtjänsten tar i relation till den lagstiftning de följer. Socionom (S3) uttrycker även att hen deltar på psykiatriakutens APT-möten för att berätta hur de arbetar. Socionomerna och läkarnas olika sätt att arbeta är något som kan kopplas till det nyinstitutionella teoretiska perspektivet som förklarar hur olika professioner tänker olika beroende på vilken organisation de arbetar inom (Johansson, 2013: 132; Linde och Svensson, 2013: 23). Eftersom läkarna följer den medicinska logiken medan socionomerna arbetar utifrån den socialt rehabiliterande logiken är det inte konstigt att de ser samsjukligheten på olika sätt. Precis som organisationsteorins begrepp om de kognitiva kartorna kan vi tyda att de yrkesverksamma har olika utbildningar vilket medför att deras erfarenheter och arbetsmiljöer skiljer sig åt (Lindkvist, Bakka & Fivelsdal, 2014: 165ff).

De fyra respondenterna nämner att SIP-möten är ett bra alternativ för att fylla de mellanrum som klienterna med samsjuklighet hamnar i. För att vidare förklara begreppet SIP-möten kan vi stödja oss i socionom (S2) som uttrycker att olika professioner samlas vid SIP-möten för att betrakta ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Att olika professioner samlas vid ett SIP-möte är något som kan kopplas till tidigare forskning som visar att klienter med samsjuklighet har svårigheter att veta vart de ska vända sig när de behöver hjälp, vilket resulterar i att många inte väljer att söka någon hjälp (Groenkjaer et al 2017 s, 18ff). Med SIP-möten slipper den enskilde att bli runtskickad, vilket kan vara positivt eftersom de olika instanserna då möts för att hjälpa den enskilde.

Å andra sidan framkommer det situationer när SIP-möten fungerar mindre bra. Socionom (S2) upplever att det många gånger känns bra när de går därifrån men att det sedan veckan

efter börjar “sättas käppar i hjulet” som gör att planeringen blir svår att följa. Vidare berättar socionom (S2) om de brister som finns vid samverkan genom följande:

Psykiatrin slår många gånger bara ifrån sig. Ja men alltså, bort, ut. Det här är ett missbruk. Det här får ni ta. Och då står ju vi där, för vi inom missbruksvården har inte möjlighet att arbeta med en psykisk sjukdom på det sättet som psykiatrin har. Och då får ju personen inte den hjälp den behöver.

Även socionom (S1) uttrycker hur svår samverkan kan bli om den enskilde exempelvis har ett destruktivt missbruk eftersom många av de personerna inte har koll på vad varken klockan är eller vad de har för planer under veckan. Socionomerna inom socialtjänsten behöver i dessa situationer sjukvårdens insatser i form av brythjälp för att kunna påbörja sin utredning. Brythjälpen innebär att de försöker få den enskilde till psykiatrin för att bryta missbruket. Dock uppstår det ofta ett problem eftersom läkaren med sin medicinska bedömning inte anser att behovet av brythjälp föreligger.

5.2.2. Socionomer inom hälso- och sjukvårdens slutenspsykiatri

Gemensamt för de tre socionomerna inom slutenspsykiatrin är att de anser att samverkan med socialtjänsten är av betydelse för att klienten ska få rätt vård och hjälp. Alla respondenter uttrycker att samsjuklighet kräver olika insatser. Något som går att koppla till tidigare forskning där Burnett, Porter & Stalling (2011: 849f) menar att missbruksproblematiken och den psykiska störningen behöver behandlas parallellt. Vid samsjuklighet har en integrerad behandling visat sig ge positiva effekter genom att välmåendet har ökat hos den enskilde samtidigt som kostnaderna för den psykiatriska vården blivit lägre (Mangrum, Spence & Lopez, 2006: 83).

För att fylla det mellanrum som de olika insatserna kan skapa vid samsjuklighet, uppger två av tre socionomer att kommunikation och samverkan är betydelsefullt för att fånga upp klienten när hen ska skrivas ut. Kommunikationens betydelse är något som är en väsentlig process inom organisationsteorin, vidare är den avgörande för att organisationen ska fungera. Kommunikationen som sker kräver respons tillbaka för att säkerställa att budskapet har kommit fram och uppfattats på rätt sätt (Lindkvist, Bakka & Fivelsdal, 2014: 170f). Socionom (SP2) uttrycker också vikten av att lita på att motsatt instans gör vad de ska genom följande:

Vi måste utgå från att socialtjänsten gör det de ska... Liksom, har de bedömt att deras insatser är tillräckliga, då kan inte vi gå in och ifrågasätta deras bedömning.

För att bemöta den breda kunskap som krävs vid samsjuklighet uttrycker socionom (SP3) att de har ett samverkansprojekt som heter case management vilket innebär ökad samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Vidare menar (SP2) att samverkan med närliggande kommuner möjliggör att bemöta klienterna med samsjuklighet, genom att de i hens kommun samverkar med ett beroendeteam från en annan kommun som besitter kompetens inom både psykisk ohälsa och missbruk. Hens upplevelser är att den enskilde får bättre vård genom att fylla de mellanrum samsjukligheten annars medför genom den blandade kompetensen. Socionom (SP2) upplevelser om att vården blir bättre vid samverkan är något som även kan relateras till tidigare forskning som menar att samverkan är av stor betydelse för samsjuka klienter. En fungerande samverkan kräver bla att vården erbjuder tjänster som är godtagbara för för den enskilde (Groenkjaer et al 2017 s, 18ff).

Socionomerna (SP3 och SP1) belyser däremot inte samverkan med blandad kompetens som en lösning på mellanrummet. En tänkbar förklaring till det kan vara att de redan arbetar i en liknande verksamhet där båda områden förekommer. En annan tänkbar förklaring kan vara att de inte upplever att den gemensamma vården alltid är lika bra. Socionom (SP1) uttrycker följande:

Då klumpas de här människorna ihop på det som kallas för beroendekliniken och det upplever jag är ett problem för då får inte de personer som är i behov av det tillgång till den vården som de egentligen skulle behöva. Vi arbetar med samsjuklighet och visst när människor är här så är de här och då ska vi ge dem all vår uppmärksamhet men det är ju faktiskt så att personer som har en primär psykossjukdom skulle få bättre vård på en psykosklinik eftersom det där finns större resurser, bättre vård och bättre kunskap.

En tänkbar förklaring till att hälso- och sjukvårdspersonalens blandade kompetenser inte fungerar vid samverkan kan förklaras med begreppet det sociala rummet. Bourdieu (1995: 16, 21f) menar att individer vars positioner skiljer sig åt kan delas upp i olika rum även fast de egentligen befinner sig i samma. Han menar att resultatet blir att personerna (även om de skulle befinna sig i samma rum) troligtvis inte kommer kunna möta varandra. I vår empiri arbetar de yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården inom samma instans vilket medför att

de befinner sig i samma sociala rum, men eftersom de besitter olika kulturella kapital sker det en uppdelning i detta rum som gör att de inte kan möta varandra.

5.2.3. Specialistsjuksköterska inom psykiatri

Specialistsjuksköterskan (SSK) som arbetar inom hälso- och sjukvården menar att samverkan är betydelsefull för att den enskilde ska få den vård hen behöver. Anledningen är att den enskilde inte ska hamna i de mellanrum som annars kan uppstå när vård från de olika instanserna ges. Specialistsjuksköterska (SSK) uttrycker följande:

Den största svårigheten är inte att vara här på psykiatriavdelningen. Den största svårigheten är inte att vara på behandlingshem. Två månader på behandlingshem är för kort anser jag. Utan det handlar om vad som händer när man kommer tillbaka. Vad har man för uppföljning, vad har man för stöd? Det är där man inte får falla mellan stolarna. Här på sjukhuset har man personal 24 timmar om dygnet, det har man oftast på behandlingshem också. Man har alltid någon att träffa och prata med.

Specialistsjuksköterska (SSK) upplever att den integrerade vården är bra. Något även vår inhämtade forskning visar eftersom kunskaperna att kunna bemöta klienter med samsjuklighet är viktigt för att kunna arbeta med problematiken (Burnett, Porter & Stalling, 2011: 849f, 852, 855). Integrerad behandling är även positivt för den enskildes välmående, likväl som för den psykiatriska vården. Den akuta psykiatriska vården har exempelvis minskat samtidigt som kostnaderna i samhället blivit lägre (Mangrum, Spence & Lopez, 2006: 83).

Specialistsjuksköterska (SSK) upplever att tillit behöver finnas till att motsatt instans gör det arbete de ska. I intervjuerna pratar hen om bemötandet i relation till den enskilde genom att uttrycka hur man som professionell bör vara. Specialistsjuksköterska (SSK) uttrycker exempelvis hur de på arbetsplatsen gemensamt kommer fram till hur de ska bemöta sina patienter, genom vem som exempelvis ska gå fram till den enskilde. Om flera i personalen går fram till klienten finns det en risk att hen upplever en rädsla som kan utmynnas till slagsmål. Specialistsjuksköterska (SSK) uttrycker följande:

Jag vårdar patienten, alltså det behov patienten har. Gud det är så svårt att förklara det här men bakom missbruket så finns det en människa, bakom det psykiska måendet, den dåliga psykiska ohälsan så att säga så finns det en människa och det är individen jag vårdar. Det är individuell vård vi bedriver så

jag kan liksom inte vårda Pelle likadant som jag vårdar Anders så att säga. Vårda människan, inte diagnoserna även om de är med ändå.

Det bemötande som specialistsjuksköterska (SSK) beskriver att de har på hens arbetsplats är något som vidare kan kopplas till den forskning vi inhämtat. Ejneborn Looi (2005: 46ff) förklarar exempelvis hur det finns olika faktorer som kan ha betydelse för att undvika tvångsåtgärder. Faktorer såsom att lyssna och bemöta den enskilde med respekt för att i sin tur skapa en tillitsfull relation, där den enskilde vågar öppna upp sig.

5.2.4. Samlad analys

Vår andra del av analysen bygger på vår andra frågeställning som handlar om hur organisationens ramar påverkar samverkan mellan de olika instanserna när samsjuklighet föreligger. Den nämnda frågeställningen kan besvaras genom att vi kan se att de yrkesverksammas upplevelser av samverkan är betydelsefull för att den enskilde ska kunna få vård utifrån de båda instanserna samtidigt. De likheter vi kan tyda mellan socionomerna inom socialtjänsten samt hälso- och sjukvården är att de båda ger konkreta exempel på hur samverkan kan upprätthållas genom exempelvis SIP-möten eller samverkansprojekt. En skillnad är däremot att specialistsjuksköterska (SSK) till skillnad från socionomerna inom socialtjänsten samt hälso- och sjukvården i större utsträckning pratar om bemötandet. Även om vi kan tyda att några av socionomerna inom hälso- och sjukvården också benämner det, diskuterar specialistsjuksköterska (SSK) hur man som professionell bör vara i relation till den enskilde, medan socionomerna i större utsträckning diskuterar om gruppsammanhållning och samverkan i relation till den andra instansens handlande. Å ena sidan är det inte så konstigt att skillnaden föreligger eftersom de har olika utbildningar och därav också olika kognitiva scheman och kulturella kapital. Specialistsjuksköterskan arbetar dessutom under en annan institutionell logik, då specialistsjuksköterskan arbetar inom den medicinska logiken som innebär att det medicinska är i fokus istället för det sociala. Å andra sidan är det märkligt att socionomerna inte lyfter bemötandet i samma utsträckning eftersom de båda yrkesgrupperna arbetar med att hjälpa människor.

Utifrån respondenternas utsagor kommer alla i kontakt med samverkan på sin arbetsplats men det finns olika tankar och lösningar på hur samverkan bör fungera. Enligt organisationsteorin är målet att skapa övergripande kompetenser inom organisationen. Den organisationsteori som föreligger på olika arbetsplatser har i sin tur åstadkommit under en lång tid (Lindkvist,

Bakka & Fivelsdal, 2014: 16f, 23ff). Utifrån organisationsteorin skulle därmed samverkan vara något som har utvecklats under en längre period inom organisationen. Slutsatsen blir att även nya strategier som används för att förbättra samverkan kommer ta tid.

6. AVSLUTANDE DISKUSSION

6.1. Sammanfattning

Den teoretiska utgångspunkten i studien är organisationsteorin, det nyinstitutionella teoretiska perspektivet och kapitalteorin. Följande teoretiska begrepp är kognitiva kartor, perception, kognition, institutionella logiker, samt det sociala rummet. Med utgångspunkt i nämnda teorier och begrepp har vidare vår studie med dess kvalitativa intervjuer undersökt de yrkesverksamma socionomerna inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, samt en specialistsjuksköterska inom den sistnämnda instansen för att få deras upplevelser av hur samsjuklighet tar sig uttryck, likväl som hur samverkan dem emellan fungerar. Utifrån ovanstående analys av respondenternas utsagor kan vi tyda att samsjuklighet är vanligt förekommande, både inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det är en grupp som far illa i samhället och som pga bristande samverkan inte får den hjälp de behöver. Vidare kan vi se att de olika instanserna arbetar utifrån olika lagstiftningar vilket försvårar deras samverkan.

Med hjälp av våra teoretiska begrepp kan vi se att de institutionella logikerna inom de olika organisationerna skapar olika sätt att se på samsjuklighet och samverkan. De yrkesverksammas kognitiva scheman skiljer sig åt, likväl som deras olika utbildningar. Samtidigt föreligger det likheter eftersom de yrkesverksamma inom samma instanser arbetar utifrån samma institutionella logik, förutom sjuksköterskan som enbart fokuserar på den medicinska logiken.

I studien framgår det att sex av åtta respondenter upplever att samsjukligheten är svår att hantera eftersom de inte vet om det är missbruket eller den psykiska ohälsan som är grunden till individens problematik. Sju av åtta respondenter uttrycker vikten av samverkan med motsatt instans, där samtliga socionomer inom socialtjänsten anser att SIP-möten är ett bra alternativ för att samverka. Två av socionomerna inom socialtjänsten ger å andra sidan exempel där SIP-möten fungerar mindre bra. Inom samtliga instanser och yrkesområden går

det att tyda att sex av åtta respondenter belyser ekonomin på olika sätt. Ekonomin upplevs som en resursbrist eller något som brister i hur fördelningarna mellan instanserna görs.

6.2. Diskussion

Samsjuklighet av missbruk och psykisk sjukdom har i studien visat sig vara såväl återkommande som komplext. Den uppbyggna organisationerna har idag och de lagar som finns i samhället gör att det blir svårt att behandla patienter med samsjuklighet. Våra egna erfarenheter av de mellanrum som klienter med samsjuklighet hamnar i har kunnat bekräftats genom de yrkesverksammans utsagor.

Genom studien har vi å ena sidan kunnat se att de olika instanserna är medvetna om att samverkan dem emellan behöver förbättras. Medan de å andra sidan också försöker hitta olika strategier för att deras samverkan ska bli bättre, genom exempelvis de SIP-möten som arrangeras. Vi kan i studien tyda att SIP-möten är något som ses som positivt hos flertalet respondenter samtidigt som det ges exempel där SIP-möten fungerar mindre bra. Eftersom de samsjukliga klienterna trots dessa SIP-möten fortfarande befinner sig i ett mellanrum av den psykiatriska vården och missbruksvården ställer vi oss frågan hur hjälpsamma SIP-möten egentligen är för den enskilde?

Vidare kan vi tyda att flertalet respondenter uttrycker samsjukligheten som svår eftersom de inte vet om det är missbruket eller den psykiska ohälsan som kommer först. Vår tolkning av utsagorna är att detta enbart förstärker de mellanrum den enskilde hamnar i. Vi ställer oss därav frågan vad det egentligen har för betydelse gällande vad som kommer först? Vi är medvetna om att de olika instanserna har olika lagar och regler att förhålla sig till men den psykiska ohälsan och missbruket kvarstår i samma grad och individen behöver fortfarande hjälp. Det går därför att tyda att de lagar och regler som finns idag inte är tillräckligt anpassade för att möta den enskilde med samsjuklighet.

Avslutningsvis kan vi tyda att flertalet respondenter upplever att ekonomin är ett hinder för att tillgodose den enskildes behov. De framgår bla hur dyr vården är när den ges under tvång. Vår tolkning av materialet är att samhället behöver gå in med stora resurser för något som inte verkar fungera. Resurserna läggs på de enskilda instanserna samtidigt som mellanrummet mellan dem kvarstår. Resultatet blir att den enskilde fortsätter att komma ut till ett mellanrum som brister i resurser. Vi ställer oss därav frågan om det inte vore mer ekonomiskt att lägga

resurserna på förebyggande insatser? Det blir långsiktiga utbetalningar men som i det stora hela inte uppkommer i de summor socionomerna uttrycker att ett LVM kostar (hos klienter som dessutom många gånger är återkommande). Om samhället exempelvis istället anlitar någon form av boendestödjare eller kontaktperson till den enskilde tror vi att den enskilde kan undvika att komma ut till mellanrummets bristande resurser. Den enskilde får också ett stöd i vardagen som närstående inte ska behöva axla själva. Dessutom är det inte alla som har närstående som kan göra det. Genom att exempelvis anlita en boendestödjare tror vi inte bara att det blir mer samhällsekonomiskt på lång sikt, utan att även fler liv kan räddas.

6.3 Förslag på vidare forskning

Den forskning vi hittar inom patienter med missbruksproblematik och psykisk sjukdom har bla fokuserat på statistik och siffror. Forskningen är mer begränsad inom områden som hur samverkan konkret fungerar mellan instanserna. Framtida forskning om samsjuklighet bör fokusera mer på hur det mellanrum den enskilde hamnar i ska lösas, där mer fokus bör läggas på vad som är bra för individen. Dagens anpassningar är inte strukturerade efter vad individen behöver och framtida forskning behöver därav fylla det mellanrum den enskilda hamnar i. Risken blir annars att den enskilde inte får rätt hjälp i rätt tid.

7. REFERENSLISTA

Abdullah, Mohammed, Al-Sharqi, Khaled, Saad Sherra, Abdulhameed, Abdullah, Al-Habeeb & Naseem, Akhtar Qureshi (2012) Suicidal and self-injurious behavior among patients with alcohol and drug abuse. *Dove Medical Press*, 3 (1): 91–99.

Ahrne, Göran och Svensson, Peter (2015) KAPITEL 1. KVALITATIVA METODER. I SAMHÄLLSVETENSKAPEN. I Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red). *Handbok i kvalitativa metoder*. 2 uppl. Stockholm: Liber.

Billinger, Kajsa (2000) *Få dem att vilja-motivationsarbete inom tvångsvården av vuxna missbrukare*. Doktorsavhandling. Stockholm: Stockholm Universitet.

Bourdieu, Pierre (1995). *Praktiskt förnuft: bidrag till en handlingsteori*. Göteborg: Daidalos.

Broadly, Donald. (1998) Kapitalbegreppet som utbildningssociologiskt verktyg. *Skeptronhäften: Skeptron occasional papers*, nr 15: 3–29.

Bryman, Alan (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 3 uppl. Stockholm: Liber.

Burnett, Rallah, Porter, Erica & Stallings, Kathryn (2011) Treatments Options for Individuals with Dual Diagnosis. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 21 (7): 849–857.

Burns, Lucy & Teesson Maree. (2002) Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug & Alcohol Dependence*, 68 (3): 299–307.

Carlhed, Carina (2011) Fält, habitus och kapital som kompletterande redskap i professionsforskning. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 18 (4): 283–300.

Dir 2020: 68. *Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd*. Stockholm: Socialdepartementet.

Enarsson, Per, Sandman, Per-Olof & Hellzén, Ove (2011) They can do whatever they want”: Meanings of receiving psychiatric care based on a common staff approach, *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 6 (1): 1–11.

Ejneborn Looi, Git-Marie (2015) *Omvårdnad som reflekterande praktik. Att se och använda alternativ till tvång i psykiatrisk vård*. Doktorsavhandling. Luleå: Luleå tekniska universitet, Grafisk produktion 2015.

Eriksson-Zetterquist, Ulla och Ahrne, Göran (2015) KAPITEL 3. INTERVJUER. I Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red). *Handbok i kvalitativa metoder*. 2 uppl. Stockholm: Liber.

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.

Gustafsson, Ewa (2010) *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet: en rättsvetenskaplig monografi om LPT*. 1 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Johansson, Susanna (2013) Samverkan som konflikt-om förhållandet mellan rättsliga strukturer och organisatoriskt handlande. I: Linde, Stig & Svensson, Kerstin (2013). *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter*. 1 uppl. Stockholm: Liber.

Johnson, Björn, Richert, Torkel & Svensson, Bengt (2017) *Alkohol- och narkotikaproblem*. 1 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Kumlin, Tomas (2011) Harold Garfinkel och den omedelbara sociala ordningen. I: Lindblom, Jonas, Stier, Jonas (2013). *Det socialpsykologiska perspektivet*. 1 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Lee, J Stuart, Crowther, Elizabeth, Keating, Charlotte & Kulkarni, Jayashri (2012) What is needed to deliver collaborative care to address comorbidity more effectively for adults with a severe mental illness? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47 (4): 333–346.

Levin, Claes (2013) Bokens Ärende. I: Linde, Stig & Svensson, Kerstin (2013). *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter*. 1 uppl. Stockholm: Liber.

Levin, Claes (2013) Socialt arbete som moralisk praktik. I: Linde, Stig & Svensson, Kerstin (2013). *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter*. 1 uppl. Stockholm: Liber.

Linde, Stig (2013) Konkurrerande logiker - en möjlighet för institutionella entreprenörer? I:

Linde, Stig & Svensson, Kerstin (2013). *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter*. 1 uppl. Stockholm: Liber.

Lindkvist, Bakka och Fivelsdal (2014). *Organisationsteori: struktur, kultur, processer*. 6 uppl. Liber: Stockholm.

Mangrum, Laurel F, Spence, Richard T & Lopez, Molly (2006) Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30 (1): 79–84.

McKee, A. Shari (2017) Concurrent Substance Use Disorders and Mental Illness: Bridging the Gap Between Research and Treatment. *Canadian Psychology*, 58 (1): 50–57.

Repstad, Pål (2005) *Sociologiska perspektiv i vård, omsorg och socialt arbete*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.

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

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

SFS 2017: 725. *Kommunallagen*

SFS 1986: 64 *Narkotikastrafflagen*

Socialstyrelsen (2019) Ny kartläggning av samsjuklighet i psykisk ohälsa och beroendeproblematik den 29 november 2019. [<https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/ny-kartlaggning-av-samsjuklighet-i-psykisk-ohalsa-och-beroendeproblematik/>]. Hämtat: 2020-10-29].

SOU 2004: 3. *Tvång och förändring - Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård*. Stockholm: Socialdepartementet.

SVT (2019) Sanne var 29 år och riskerade att dö- nu berättar hon vad som hänt efter reportaget den 10 april 2019. [<https://www.svt.se/nyheter/granskning/ug/sanne-var-29-ar-och-riskerade-att-do-nu-berattar-hon-vad-som-hant-efter-reportaget>]. Hämtat: 2020-12-20.]

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

Westerhäll, Vahlne, Lotta (2016) Tvångsvårdens psykiatri och socialtjänst - samverkan i ett rättsligt perspektiv. *Nordisk socialrättslig tidskrift*, (13–14): 7–43.

Xiong Lai, Harry Man & Huang, Qi Rong. (2009) Comorbidity of mental disorders and alcohol- and drug-use disorders: Analysis of New South Wales inpatient data. *Drug and Alcohol Review*, 28 (3): 235–242.

8. BILAGOR

8.1. Beskrivning av tvångslagarna

Centrala lagar i studien är LPT och LVM. Det är därav av vikt att förtydliga vad lagen säger om tvångsvården och vad det är som gör att den enskilde vårdas under tvång. I nedanstående text förklaras de centrala paragraferna som är aktuella vid ett tvångsomhändertagande samtidigt som det presenteras en fördjupad beskrivning av paragrafernas innehåll.

8.1.1. Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT)

För att vårdas enligt LPT ska individen uppfylla det som framkommer i 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.

Tvångsvård får inte ges om patientens psykiska störning enligt första stycket utgör enbart en utvecklingsstörning.

Vid bedömning av vårdbehovet enligt första stycket ska det även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Lag (2008: 415). (SFS 1991:1128).

Definitionen av en "allvarlig psykisk störning" innebär att den enskilde har psykotiska besvär som kännetecknar hallucinationer, vanföreställningar och förvirring. Vidare innefattar definitionen svåra depressioner, suicidtankar och andra personlighetsstörningar. Även demenssjukdomar och alkoholpsykosor kan förekomma inom den nämnda kategoriseringen (SOU 1998: 32: 217).

3§ p1 tar upp vårdbehovets oundgänglighet vilket innebär att en bedömning på den enskildes psykiatriska tillstånd samt dess hemmiljö görs. Om det inte finns tillräckligt med stöd som kan ges till den enskilde i hans omgivning är tvångsvård inte aktuellt. Vidare innefattar behovet av heldygnsvård att bedömning görs utifrån faran på individens hälsa och liv (SOU 1998: 32: 218f).

3§ p2 tar upp att öppen psykiatrisk tvångsvård kan ges förutsatt att särskilda villkor iakttas. Den andra punkten är ett alternativ för vårdbehovet som regleras i p1 dvs ett alternativ att ge öppen psykiatrisk tvångsvård istället för rekvisiten för den slutna psykiatriska tvångsvården (Gustafsson 2010: 171f).

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

Kraven för att besluta om LVM tas upp i 4§, där tvångsvård ges 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
 - a. utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
 - b. löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller
 - c. kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Om någon för kortare tid ges vård med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård hindrar detta inte ett beslut om tvångsvård enligt denna lag. Lag (2005:467). (SFS 1988:870).

För att förtydliga 4§ 1p menar SOU (2004: 3: 134) att alkohol innebär att drycken behöver ha en procenthalt över 1,8. Medan innebörden av narkotika är detsamma som i narkotikastrafflagen, som i sin 8§ belyser narkotika som varor som är skadliga alternativt läkemedel. De nämnda medlen anses vara beroendeframkallande och skadliga för hälsan (SFS 1986: 64). Till sist innebär missbruk av flyktiga lösningsmedel det som kan inandas, med syftet att bli berusad (SOU 2004: 3: 134).

Om det beroendeframkallande medlet resulterar i sociala eller medicinska problem för den enskilde kan det klassificeras som ett missbruk. För att alkohol ska klassificeras som ett fortgående missbruk, behöver alkoholen ha konsumerats under en längre period och inte

enbart överkonsumeras under en kortare period. Vidare klassificeras narkotika som ett fortgående missbruk om det tas dagligen genom injektion eller så gott som varje dag på annat intagningsätt. Till sist avser fortgående missbruk av flyktiga lösningsmedel ett missbruk som återkommer kontinuerligt (SOU 2004: 3: 135).

Utifrån 4§ 2p ska den vård som ges grunda sig i att motivera den enskilde till att bli fri från sitt missbruk. Vidare ska den enskilde vara i behov av akuta insatser på grund av sitt missbruk. Till sist innefattar 4§ 3p att det handlar om att den enskilde kan skada någon närstående eller sig själv, där det sistnämnda innebär att ta sitt eget liv (SOU 2004: 3: 135, 139).

8.2. Informationsbrev

Hej!

Madeleine/Johanna heter jag, vi talades vid i telefon under förmiddagen. Jag tillsammans med min klasskamrat läser termin 6 tillhörande Socionomprogrammet på Lunds Universitet. Det är nu dags för oss att skriva vårt examensarbete, dvs vår C-uppsats i socialt arbete. Syftet med vårt arbete är att undersöka samsjuklighet mellan psykisk sjukdom och missbruk där vi vill ta reda på hur en individ påverkas när hen behöver hjälp utifrån både LPT och LVM.

Vi hör av oss till dig eftersom du har ansvarig personal som arbetar med bedömningsarbete för LPT och hoppas därmed att någon vill ställa upp på en intervju för att vi ska kunna besvara våra frågeställningar. Intervjun kommer pågå ca 1–1,5 timme, när det gäller dag och tid är vi flexibla. Med tanke på rådande situation kommer intervjun ske via zoom/skype/teams eller telefon.

Det som sägs kommer aidentifieras och enbart användas för vår studie där endast vi och vår handledare kommer ha tillgång till materialet. När materialet är sammanställt och uppsatsen är godkänd kommer det att förstöras. Att medverka är frivilligt och du kan när som helst säga att du vill avbryta ditt deltagande.

Besked om medverkan ska ha inkommit senast den 11 november 2020 med anledning av att vi har en begränsad tid för vår undersökning.

Med vänlig hälsning,
Madeleine Björding och Johanna Johansson
Socionomstudenter

8.3. Intervjuguide

Presentation av oss

Vad roligt att du vill ställa upp på vår intervju till vår C-uppsats i socialt arbete. Jag och Madeleine/Johanna läser vår 6 termin på Socionomprogrammet och har förberett några frågor vi kommer ha som underlag inför vårt examensarbete.

Studiens syfte

Vår tanke är att belysa samsjuklighet mellan missbruk och psykisk sjukdom, där vi vill ta reda på hur en individ påverkas när hen behöver hjälp utifrån både LVM och LPT.

Intervjuns upplägg

Vår intervju kommer bestå av olika teman. Det introducerade temat innefattar övergripande frågor om dig, för att sedan övergå till frågor om samsjuklighet och de två lagstiftningarna LVM och LPT. Till sist kommer vi ta upp några avslutande frågor, där möjligheten ges att tillägga eller formulera om eventuella tankar och svar.

Information

Det du säger kommer avidentifieras och enbart användas för vår studie där endast vi och vår handledare kommer ha tillgång till materialet. När materialet är sammanställt och uppsatsen är godkänd kommer det att förstöras. Din medverkan är frivillig och du kan när som helst avbryta ditt deltagande.

Inspelning

Är det okej om vi spelar in intervjun?

Bakgrundsfrågor

Vi tänkte inleda våra frågor med att du får presentera dig själv.

- Hur gammal är du?

- Vilken utbildning har du?
- Vilken är din yrkestitel? Vilka arbetsuppgifter ingår i din yrkestitel?
- Hur länge har du arbetat inom ditt nuvarande område?

Klienter med samsjuklighet

Som du vet ska vi prata mycket om samsjuklighet. Vi undrar i vilka situationer du hamnar i kontakt med den enskilde som är i behov av vård enligt både LPT och LVM?

- Hur är dessa möten utformade, där den enskilde har en samsjuklighet?
- Under hur lång tidsperiod har du som professionell kontakt med den enskilde?

(Om nej på ovanstående) Vad är det som gör att du inte möter personer med samsjuklighet?

Samsjuklighet på arbetsplatsen

Nu har du berättat om i vilka situationer du hamnar i kontakt med klienter som har samsjuklighet, men hur upptäcker ni på arbetsplatsen att den enskilde lider av samsjuklighet?

- När och hur pratar dina kollegor om de personer som har både missbruksproblematik och psykisk ohälsa?
 - Hur ser du själv på den här typen av samsjuklighet?
 - Om ni inte diskuterar detta på er arbetsplats, vad tror du anledningen till det är?
- Vilka insatser kan ni ge till de personer som behöver vård inom både LPT och LVM?
 - Hur utformas insatserna?

Agerande i förhållande till samsjuklighet

Nu har du berättat om hur ni förhåller er till samsjuklighet på din arbetsplats, men nu tänkte vi även fråga lite om hur ni förhåller er till tvångslagstiftningarna på arbetsplatsen.

- Hur agerar ni på din arbetsplats om ni är osäkra på vilken tvångslagstiftning som gäller?
- Beskriv hur ni på arbetsplatsen handlar i de situationer där den enskilde är i behov av vård från både LPT och LVM?
 - Vad anser du själv om detta tillvägagångssätt i förhållande till den enskilde?
 - Hur agerar ni när vård inom psykiatri inte erbjuds till den enskilde på grund av hans missbruksproblematik?
 - Hur agerar ni när missbruksvård förekommer men inte erbjuds till den enskilde på grund av hans psykiatriska problematik?

- Hur upplever du att vården är, när den enskilde är i behov av både LPT och LVM?

Lagen i förhållande till samsjuklighet

Nu har du berättat lite om hur ni förhåller er till tvångslagstiftningen på er arbetsplats, vi tänkte nu som avslutande tema även fråga lite kring dina tankar om tvångslagen och den ev. samverkan som lagen medför.

- Vad anser du om kriterierna för LVM?
- Vad anser du om kriterierna för LPT?
- Hur upplever du att arbetet med LVM påverkar din samverkan med hälso- och sjukvården?
 - Vilka eventuella för- och nackdelar kan samverkan ha gentemot den enskilde?
 - (Om samverkan är negativt) Vad tänker du hade kunnat göras bättre för att öka samverkan?
- Hur upplever du att LPT påverkar din samverkan med socialtjänsten?
 - Vilka eventuella för- och nackdelar kan samverkan ha gentemot den enskilde?
 - (Om samverkan är negativt) Vad tänker du hade kunnat göras bättre för att öka samverkan?
- Vad tycker du själv skulle vara ett alternativ för att undvika att klienter faller mellan stolarna?

Avslut

Nu är vi nästan färdiga och vi har fått ställa de frågor vi hade. Som avslut tänkte vi därför kolla om det:

- Är det något du vill tillägga eller ändra i förhållande till vad du tidigare sagt?
- Skulle det kännas okej för dig att bli kontaktad om vi har några ytterligare frågor?

Tack för din medverkan!