



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

**Att upprätta en insats för hela människan,
inte enbart för en kategori**

*En vinjettstudie om missbrukshandläggares resonemang kring
ansvarsfördelning och samverkan mellan socialtjänst och psykiatri*

Ellen Torkelsson & Lovisa Lindberg

Kandidatuppsats SOPB 63

HT 22

Handledare: Maria Söderberg

Sammanfattning

Titel: Att upprätta en insats för hela människan, inte enbart för en kategori - *En vinjettstudie om missbrukshandläggares resonemang kring ansvarsfördelning och samverkan mellan socialtjänst och psykiatri*

Författare: Ellen Torkelsson & Lovisa Lindberg

Handledare: Maria Söderberg

Sedan en lång tid tillbaka har handläggning och behandling av människor som lider av samsjuklighet med beroendeproblematik och psykisk ohälsa varit en stor utmaning för såväl socialtjänst som psykiatri. Redan under andra halvan av 1900-talet fördes diskussioner kring problematiska aspekter i ansvarsfördelningen och samverkan mellan huvudmännen. Syftet med den här studien är att undersöka hur missbrukshandläggare på vuxenenheter kan resonera om ansvarsfördelningen mellan psykiatrisk vård och missbruksvård, samt om samverkan organisationerna emellan. Studien genomfördes med hjälp av vinjettbaserade, semistrukturerade intervjuer med åtta olika missbrukshandläggare. Respondenternas svar analyserades utifrån Michael Lipskys teori om gräsrotsbyråkratens handlingsutrymme och handlingsfrihet, Andrew Abbotts teori om jurisdiktionella anspråk samt Berth Danermarks perspektiv på modellmakt och autonomi för att därefter kopplas till tidigare forskning inom området. Resultatet visar till övervägande del att samverkan i arbetet med klienter som lider av samsjuklighet är belagt med ett flertal svårigheter. Dessutom åskådliggör resultatet att respondenterna överlag anser att ansvarsfördelningen mellan huvudmännen blir otydlig när en samverkan ska ske för klienter som har sammansatta behov. Genom en tematisk analys kunde ett flertal intressanta ståndpunkter urskiljas. En slutsats som kan dras efter undersökningen är behovet av en gemensam verksamhet som arbetar utifrån en gemensam lagstiftning.

Nyckelord: Samsjuklighet, samverkan, ansvarsfördelning, socialtjänst, psykiatri

Abstract

Title: Establishing an intervention for the whole person, not just for one category - *A vignette study of addiction workers' reasoning on the division of responsibilities and collaboration between social services and psychiatry*

Authors: Ellen Torkelsson & Lovisa Lindberg

Supervisor: Maria Söderberg

For many years now management and treatment of people who suffer from comorbidity between substance abuse and mental illness has been a great challenge for both social service and psychiatry. As early as the second half of the 20th century there have been ongoing discussions concerning problematic aspects of the division of responsibilities and collaboration between the main authorities. The aim of this study is to explore how professionals within substance abuse services' for adults can reason about the division of responsibilities between psychiatric care and addiction care, and about the collaboration between the organizations. The study was conducted with the help of vignette-based, semi-structured interviews with eight different social workers within substance abuse. The respondents' answers were analyzed on the basis of Michael Lipsky's theory about the street-level bureaucrats' discretion and autonomy, Andrew Abbott's theory of jurisdictional claims and Berth Danermark's perspective on model-power and autonomy, and then linked to previous research within the area. The results show predominantly that collaboration within the work with clients who suffer from comorbidity is fraught with several difficulties. In addition, the results illustrate that respondents generally consider the division of responsibilities between the organizations to be obscure when collaborating with clients with compound needs. With assistance from a thematic analysis a number of interesting views emerged. One conclusion that can be drawn from the study is the need for a common organization who works on the basis of a common legislation.

Keywords: Comorbidity, collaboration, division of responsibility, social service, psychiatry

Förord

Vi vill ta tillfället i akt och ägna ett tack till enhetschefer som hjälpt oss att nå ut till ett antal missbrukshandläggare i olika kommuner. Ett stort tack till alla missbrukshandläggare som deltagit i studien genom att bidra med sin värdefulla tid, och därmed gjort denna studie möjlig. Tack för ert varma välkomnande, er stora generositet och för era betydelsefulla berättelser och erfarenheter som ni delat med oss samt även, genom denna studie, med andra.

Ett stort tack till vår underbara handledare, Maria Söderberg, för ovärderlig handledning, rådgivning och stöttning. Ditt engagemang har inte bara berikat studieprocessen och gjort arbetet roligare, det har även utmanat oss och gjort oss till bättre skribenter.

Förkortningar

HSL - Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

LPT - Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

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

SoL - Socialtjänstlag (2001:453)

SIP - Samordnad individuell plan

PIVA - Psykiatrisk intensivvårdsavdelning

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
1.1 Problemformulering.....	1
1.2 Syfte.....	3
1.3 Frågeställningar.....	3
1.4 Nytt lagförslag.....	3
1.5 Socialförvaltningens vuxenenhet.....	4
1.6 Definition av centrala begrepp.....	5
1.6.1 Samsjuklighet.....	5
1.6.2 Beroendeproblematik.....	5
1.6.3 Psykisk ohälsa.....	5
1.6.4 Samverkan.....	6
2. Forskningsläge.....	6
2.1 Litteratursökning.....	7
2.2 Samsjuklighet.....	7
2.3 Attityder och kunskap kring samsjuklighet.....	8
2.4 Samverkan mellan huvudmän.....	10
3. Teoretisk referensram.....	11
3.1 Danermarks olika perspektiv på samverkan.....	12
3.1.1 Modellsvag och modellstark.....	12
3.1.2 Autonomi.....	13
3.2 Lipskys perspektiv på handlingsutrymme och handlingsfrihet.....	14
3.3 Abbotts professionsteori - Jurisdiktion.....	15
4. Metod.....	16
4.1 Metodologiska överväganden.....	16
4.1.1 Val av forskningsansats.....	17
4.1.2 Val av insamlingsmetod.....	17
4.1.3 Vår förförståelse på området.....	18
4.2 Insamlingsmetod för empiri.....	18
4.3 Urval.....	19
4.4 Bearbetning och analys.....	20
4.4.1 Transkribering.....	20
4.4.2 Tematisk analys.....	21
4.5 Arbetsfördelning.....	22
4.6 Etiska överväganden.....	22

4.7 Kvalitetskriterier.....	24
5. Analys och resultat.....	26
5.1 Brist på resurser och behandlingstider.....	26
5.2 Specialisering som utmaning.....	29
5.3 Att täcka upp för annan huvudmans ansvar.....	32
5.4 Lagstiftningens betydelse för ansvarsfördelningen.....	34
5.5 Kamp om dominans.....	37
6. Diskussion.....	40
6.1 Uppföljning till studiens frågeställningar.....	40
6.2 Slutsatser.....	42
6.3 Studiens styrkor och svagheter.....	43
6.4 Förslag på vidare forskning.....	44
7. Referenslista.....	46
8. Bilagor.....	49
8.1 Vinjetter.....	49
8.1.1 Olivia 22 år.....	49
8.1.2 Jessica 57 år.....	49
8.2 Intervjuguide.....	50

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Handläggningen av människor som lider av samsjuklighet mellan beroendeproblematik och psykisk ohälsa har sedan lång tid tillbaka varit en stor utmaning för såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård. I sin publikation om kartläggning av sådan samsjuklighet redogör Socialstyrelsen (2019a, s. 16-25) för hur båda välfärdstjänsterna organiseras. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska sjukvården ansvara för åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda samt behandla sjukdomar och skador. Socialstyrelsen (2019a, s.16-18) skriver att hälso- och sjukvårdslagen är utformad på ett sätt som betonar sjukvårdens skyldighet att erbjuda vård. Förutom denna skyldighet ska vården dessutom vara lättillgänglig när det handlar om geografiska förhållanden, vårdmottagningarnas öppettider, jourtjänstgöringen samt förekomsten av köer inom hälso- och sjukvården.

Vidare återger Socialstyrelsen (2019a, s. 19-22) på motsvarande sätt socialtjänstens ansvar som framgår av Socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Socialtjänstens ansvar för människor med beroendeproblematik är mer inriktat på missbruksvård och insatserna är specialiserade därefter, vilket betyder att socialtjänsten inte ansvarar för behandling av psykisk ohälsa. Viktigt att tillägga är dock att kommunen, genom socialtjänsten, har det yttersta ansvaret för att varje människa får det stöd och hjälp hen behöver. Innebörden av detta är att människor som lider av psykisk ohälsa kan ha rätt till insatser från socialtjänsten i form av exempelvis boendeinsatser, boendestöd, kontaktperson eller daglig sysselsättning. Det råder inga tvivel om att ett gemensamt ansvar för tillhandahållande av stöd till människor med samsjuklighet landar på både kommun och region. Båda huvudmännens uppgifter är väsentliga i arbetet, och ska samordnas utifrån människans individuella behov och önskemål (ibid). Ansvarsfördelningen av stödinsatserna har dock inte reglerats på detaljnivå i någon lagstiftning, vilket innebär att det är upp till kommunen och regionen att själva skapa en överenskommelse (Socialstyrelsen, 2019a, s. 29).

I en av statens offentliga utredningar inom området missbruk (SOU 2011:6, s.238-239) framhävs den gråzon mellan olika vårdformer och specialiteter som klienter med samsjuklighet tenderar att placeras i. Problemet med beroendeproblematikens negativa påverkan vid samsjuklighet är att den har en dubbelsidig verkan. Å ena sidan kan droganvändning framkalla en del sjukdomar men å andra sidan kan det också förvärra förloppet av andra sjukdomar. Redan i en artikel från 1995, och dessutom i ett helt annat välfärdssystem, har forskning betonat utmaningar i behandling av klienter med samsjuklighet. Drainoni & Bachman (1995, s. 47-48) förklarar att psykiatrins vårdgivare tenderar att avsäga sig ansvaret för att behandla människor med beroendeproblematik med hänvisning till att dessa personer inte är mottagliga för psykiatrisk vård. Likaså kan socialarbetare avsäga sig behandlingsansvaret med hänvisning till att den psykiska ohälsan anses vara det grundläggande problemet. Detta går hand i hand med nyare forskning som poängterar att även om beroendeproblematik och psykisk ohälsa är två enskilda sjukdomsförlopp påverkar de varandra. Därmed skapas svårigheter för den professionella att särskilja vilket beteende eller symptom som hör till beroendeproblematiken respektive den psykiska sjukdomsbilden (Chan et al., 2008; Hilarski & Wodarski, 2001).

I Socialstyrelsens (2019a, s. 37-39) kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik presenteras statistik från år 2017, då 51 835 personer, 10 år och äldre, fick vård för beroendeproblematik. Av dessa vårdades 52 procent av männen och 64 procent av kvinnorna även för någon form av psykiatrisk diagnos, varav de vanligaste var depression, ångestsyndrom och ADHD samt personlighetsyndrom. Att samsjuklighet är ett omfattande och återkommande fenomen går i linje med det Thomas O'Hare (2002, s. 47-49) diskuterar i sin artikel. Författaren styrker inte bara det faktum att personer som lider av psykisk ohälsa löper högre risk att falla in i en beroendeproblematik. Författaren belyser även ett stort behov av att integrera stöd- och vårdinsatser för psykisk ohälsa med insatser för beroendeproblematik. O'Hare poängterar även den press som åligger socialarbetaren i arbetet med samsjuklighet. Eftersom målgruppen ofta har en både omfattande och varierande problematik ställs höga krav på socialarbetarens förmåga att göra bedömningar av lämpliga och skräddarsydda insatser (ibid).

Samtliga ovanstående källor belyser samsjuklighet med beroendeproblematik och psykisk ohälsa som ett återkommande fenomen inom socialt arbete. Det avslöjas utmaningar i ansvarsfördelning

och samverkan mellan huvudmännen socialtjänst och hälso- och sjukvård. Med hjälp av missbrukshandläggares resonemang syftar denna studie till att undersöka just detta. Begreppet samsjuklighet är, i denna studie, avgränsat till människor som lider av beroendeproblematik i kombination med psykisk ohälsa. Eftersom en sådan avgränsning gjorts gällande begreppet samsjuklighet, har även en avgränsning gjorts angående begreppet samverkan där studien fokuserar på samverkan mellan huvudmännen socialtjänst och psykiatri.

1.2 Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur missbrukshandläggare på vuxenenheter kan resonera om ansvarsfördelningen mellan psykiatrisk vård och missbruksvård, samt om samverkan enheterna emellan.

1.3 Frågeställningar

1. Hur uppfattar missbrukshandläggare *ansvarsfördelningen* mellan socialtjänst och psykiatri?
2. Vad menar missbrukshandläggare kan *försvåra* samverkan mellan socialtjänst och psykiatri?
3. Vad menar missbrukshandläggare kan *underlätta* samverkan mellan socialtjänst och psykiatri?

I denna studie används begreppet ”missbruksvård” i syftesformuleringen istället för ”vård av personer med beroendeproblematik”. Detta val gjordes eftersom missbruksvård är ett mer etablerat ord för sammanhanget i syftet. Ordet missbruksvård används alltså synonymt till vård av personer med beroendeproblematik som är det ord som används i resterande del av denna studie.

1.4 Nytt lagförslag

I en av statens offentliga utredningar (SOU 2021:93) framgår det att samsjuklighetsutredningens syfte är att undersöka huruvida det skulle vara fördelaktigt att slå ihop lagen om vård av missbrukare (1988:870), LVM, och lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128), LPT. Målet med det här är att skapa en gemensam lagstiftning som fångar upp människor som lider av samsjuklighet. I utredningen presenteras ett lagförslag om en samordnad vård- och stödverksamhet vars syfte är att möjliggöra skapandet av insatser som är anpassade efter klientens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang. Förutom uppsökande arbete och samordnade insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård ska organisationen nyttja kompetens hos personer som har egen erfarenhet av att leva med en psykisk funktionsnedsättning. Det nya lagförslaget innehåller därutöver en paragraf som klargör att det ekonomiska ansvaret ska fördelas jämnt mellan region och kommun. Ett slutbetänkande av utredningen ska redovisas i januari 2023 (ibid).

1.5 Socialförvaltningens vuxenhet

Vuxenheten är den enhet inom socialtjänsten som ansvarar för beroendeproblematik, och i vissa fall våld i nära relationer. Vilka insatser som finns att tillhandahålla är olika från kommun till kommun, men klienten ska alltid kunna få stöd genom rådgivning eller behandling av olika slag. Socialstyrelsen (2019b, s. 17) skriver att det är socialtjänsten som har ett generellt ansvar för de stödinsatser som finns. I Socialtjänstlagen (2001:453) finns det paragrafer som är specificerade till socialtjänstens ansvar för behandling av beroendeproblematik.

Relevant lagstiftning för studien är likaså LVM (1988:870) : Lag om vård av missbrukare i vissa fall. Denna lag är ett komplement till ramlagen Socialtjänstlagen. LVM tillämpas på klienter med allvarligt missbruk som motsätter sig frivilliga behandlingar, och uppfyller de rekvisit som är förutbestämda i tvångslagen. Likaså kan tvångsvårdslagstiftningen LPT (1991:1128): Lag om psykiatrisk tvångsvård vara av betydelse i anknytning till samsjuklighet. Lagen är skapad som ett komplement till HSL (2017:30): Hälso- och sjukvårdslagen, vilket är en ramlag. LPT används utöver HSL i situationer då en klient blir aktuell för tvångsvård, således att frivillig vård ej är ett alternativ.

1.6 Definition av centrala begrepp

I nedanstående avsnitt definieras och förklaras de centrala begrepp som används i studien.

1.6.1 Samsjuklighet

Samsjuklighet innebär att en person uppfyller diagnostiska kriterier för fler än en sjukdom (Socialstyrelsen, 2019a, s. 12). Precis som Socialstyrelsen antyder, kan samsjuklighet bestå av oändligt många kombinationer av sjukdomar. Chan et al. (2008, s. 14-15) presenterar några psykiska sjukdomar som ofta associeras till samsjuklighet med beroendeproblematik, nämligen attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), conduct disorder (CD), posttraumatic stress disorder (PTSD), depression och ångest.

1.6.2 Beroendeproblematik

I föreliggande studie syftar ordet beroendeproblematik på en individ med ett riskbruk, skadligt bruk och/eller ett beroende av narkotika, alkohol, läkemedel och/eller spel eller pengar. För att diagnostisera ett beroende används i Sverige inom hälso- och sjukvården, främst ICD-10 (version 10): International Classification of Diseases and related health problems. För att fastställa att den enskilda har ett beroende behöver den enskilda uppfylla vissa kriterier i ICD-10. (Socialstyrelsen, 2019a, s.9).

Socialstyrelsen (2019a, s. 9) belyser att i Socialtjänstlagen (2001:453) används begreppen “missbruk” och “missbrukare” för att beskriva personer med beroendeproblematik, men en definition av ordet saknas. Begreppet missbruk syftar traditionellt sett på negativa sociala konsekvenser när den enskilde lider av ett beroende. I studien används, av den orsaken, begreppet beroendeproblematik som ett övergripande begrepp för att undvika stigmatisering och negativa värderingar.

1.6.3 Psykisk ohälsa

Socialstyrelsen (2019a, s. 10) beskriver psykisk ohälsa som ett sammanfattande begrepp som innefattar dels mindre allvarliga psykiska problem däribland nedstämdhet och oro. Men även mer allvarliga symptom vilka uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos som exempelvis

depression. Det inkluderar likaså neuropsykiatriska tillstånd såsom autismspektrumtillstånd, ADHD och Tourettes syndrom.

Psykisk ohälsa ter sig i olika grader för alla individer, och därför definierar inte begreppet i studien enbart de som har ett fastställt psykiatriskt tillstånd, utan även de som har psykiska besvär. Det innefattar likaså de individer som påverkas av sitt psykiska mående i sin vardag i olika omfattningar.

1.6.4 Samverkan

Samverkan definieras, i Socialstyrelsens (2013) termbank, som ett övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte, samt att det kan ske mellan olika myndigheter och samhällsaktörer. Beskrivningen är att det då handlar om ett aktivt utbyte av information eller att planera och samordna gemensamma insatser. Socialstyrelsen (2019a, s. 12-14) förklarar att samverkan mellan huvudmän är avgörande för klienter med samsjuklighet eftersom klienten är i behov av vård för båda eller flera av sina sjukdomstillstånd. För att klientens individuella och sammansatta behov ska kunna tillfredsställas och bemötas på ett effektivt sätt, krävs integrerade insatser från olika huvudmän (ibid).

2. Forskningsläge

I följande kapitel redovisas processen för litteratursökningen. Därefter presenteras tidigare forskning som är relevant inom området för vår studie. För att avgränsa och kategorisera forskningsläget består kapitlet av tre avsnitt, *Samsjuklighet*, *Attityder och kunskap kring samsjuklighet* och *Samverkan mellan huvudmän*. Forskningen som berör samsjuklighet har valts ut eftersom den beskriver utbredningen av fenomenet, utmaningar som huvudmännen socialtjänst och psykiatri kan stöta på i diagnostiserandet, samt behandlingen av klienter som lider av samsjuklighet. Forskningen som behandlas i avsnittet om attityder har valts ut för att presentera en bild av båda huvudmännens olika attityder och kunskap till samsjuklighet. Vidare presenterar forskningen i samverkansavsnittet både vikten av samordnade stödinsatser samt möjliga hinder i samverkansarbetet med klienter som lider av samsjuklighet.

2.1 Litteratursökning

För att finna relevant forskning till studien har litteratursökning genomförts i databaserna LuBsearch, Swepub och Google scholar. Relevant litteratur har likaså hittats genom sökningar på Lunds Universitets digitala bibliotek och sökningar på Socialstyrelsens hemsida. När litteratursökningen var gjord valdes artiklar ut som var till hjälp för att följa upp studiens syfte. Källorna i studien har olika karaktärer för att få en så bred inblick inom ämnet som möjligt. Engelska sökord som har använts är: “Dual diagnosis”, “Comorbidity”, “Cooperation”, “Collaboration”, “Mental health”, “Substance abuse”, “Psychiatry”, “Social services” och “Social work”. Svenska motsvarigheter av sökorden användes likaså. För att avgränsa antalet sökträffar i litteratursökningen användes kriterierna: peer reviewed, texter på engelska eller svenska och avgränsning på årtal mellan 1990-2022. Vid avgränsning finns det alltid en risk att missa relevant litteratur, men utifrån studiens tidsbegränsning och storlek var det ofrånkomligt.

2.2 Samsjuklighet

Att samsjuklighet är ett komplext och utbrett fenomen är ett återkommande uttalande i tidigare forskning. Gotham et al. (2010, s. 160) inleder sin artikel med diskussionen om att samsjukligheten ständigt ökar samt att det är svårbehandlat och kräver specialiserad vård. Detta framhålls även av Hilarski & Wodarski (2001, s. 105-106) som därutöver betonar att den höga utbredningen, svårigheterna med behandlingen och en ökad förekomst av beroendeproblematik gör samsjukligheten till ett stort folkhälsoproblem.

Komplexiteten med samsjuklighet är en stor utmaning för diagnostiserandet och behandlingen, och Hilarski & Wodarski (2001, s. 109-110) förklarar att det bland annat beror på att bieffekter av beroendeproblematiken kan likna olika psykiska diagnoser. Likaså uppmärksammar författarna att en psykiatrisk diagnos inte är tillförlitlig förrän klienten har varit nykter en period. Drake et al. (2001, s. 470-473) presenterar inte bara negativa aspekter som associeras med samsjuklighet, såsom högre återfallsrisk, sjukhusvistelser, våld, inspärning, hemlöshet och allvarliga infektioner som HIV och hepatit. Författarna betonar även att den uppdelade vården för beroendeproblematik och psykisk ohälsa bidrar till en fragmenterad och ineffektiv vård. Uppdelningen av vården leder till att klienter ofta exkluderas och nekas vård i det ena systemet

för att istället bli ombedda att återkomma när den andra delen av samsjukligheten är under kontroll. Vidare klargör författarna att det finns forskning och behandlingsalternativ från olika håll men att dessa behöver integreras och att det krävs en bredare kunskap kring vård av samsjuklighet än vad som finns i dagsläget.

Diskussionen kring komplexiteten med att diagnostisera och behandla samsjuklighet återfinns även i Chans et al. (2008, s. 21-22) artikel som synliggör svårigheterna för den professionella att särskilja vilket beteende eller symptom som hör till beroendeproblematiken respektive den psykiska sjukdomsbilden. Hilarski & Wodarski (2001, s. 106-107) poängterar att psykisk sjukdom och beroendeproblematik är två skilda sjukdomar med sina egna oberoende förlopp, samtidigt som de inverkar på varandra. Symptomen från den psykiska sjukdomen kan förvärras av droganvändning och droganvändningen kan öka i ett försök till självmedicinering.

2.3 Attityder och kunskap kring samsjuklighet

Beroendeproblematik och psykisk ohälsa är en vanligt förekommande form av samsjuklighet. Avery et al. (2003, s. 322–326) presenterar i sin studie psykiatrikers attityder till individer med beroendeproblematik i samband med psykisk ohälsa. I studien har två olika sorters psykiatriker tillfrågats, beroende- och samhällspsykiatriker. I analysen framkommer det att beroendepsykiatriker hade mindre stigmatiserande attityder gentemot individer med beroende än samhällspsykiatriker. På motsvarande sätt hade samhällspsykiatriker en mindre stigmatiserande attityd för de klienterna med psykisk sjukdom än beroendepsykiatriker. Den gemensamma nämnaren var att båda professionerna hade mer stigmatiserande attityder gentemot klienter med samsjuklighet (ibid).

Avery et al. (2003, s. 322–326) belyser att specialiserade utbildningar och erfarenhet kan påverka vilka attityder psykiatrikerna har kring olika sorters klienter och deras problematik. Forskarna framför att klinikerna hade en hårdare attityd mot de klienter med beroendeproblematik, i förhållande till patienterna med depression eller diabetes. Majoriteten av psykiatrikerna beskrev att de känner sig dåligt utrustade för att klara av att behandla klienter med samsjuklighet, och att det därmed minskar deras förtroende för sina färdigheter. Tydligt framgår att det är en stor

utmaning för servicesystem som traditionellt har tillhandahållit parallell behandling att nu hitta formerna för en integrerad behandling (ibid).

I linje med det Avery et al. (2003, s. 322–326) skriver redogör forskarna Kvaternik & Grebenc (2009, s. 510–519) om hur samsjuklighet är en utmaning för socialarbetare. Begreppet samsjuklighet anses inte som en tillräcklig term för socialarbetare eftersom det inte beskriver klientens behov. Likaså kan det ge uppfattningen att hälsotillståndet kan betraktas utan att ta vidare hänsyn till det sociala sammanhanget. Forskarna skriver att användningen av medicinsk terminologi inom socialt arbete allt oftare resulterar i att klienterna utesluts från hjälpsystemet eftersom socialarbetare inte har den medicinska kunskapen som andra professioner har. Det innebär att om klienten har en komplicerad problematik i form av samsjuklighet så vill socialarbetaren gärna hänvisa klienten vidare till en annan organisation. Därmed får klienten stämpeln som en oönskad användare av hjälpsystemet. För socialarbetare innebär det att kontinuerligt balansera mellan intresset av att hjälpa och att hantera organisationens ekonomiska begränsningar (ibid).

Utifrån begreppet attityder beskriver Kvaternik & Grebenc (2009, s. 510–519) att personer med enbart psykiska problem blir mer erkända som patienter än de som har beroendeproblematik. En psykiskt sjuk patient befrias från sitt ansvar, samtidigt som deras beroende av hälso- och sjukvården fastställs. För en klient med beroendeproblematik ser ansvaret annorlunda ut i form av att det anses vara personens eget fel att de är beroende, och därför får de själva ta konsekvenserna. Det resulterar i att en klient med samsjuklighet hamnar mittemellan huvudmännen, och på så sätt får motstridiga budskap. Samtidigt kan det vara lättare för en klient med samsjuklighet att söka hjälp hos socialtjänsten än hos psykiatrin eftersom tröskeln inte är lika hög för att få tillgång till den hjälp de behöver (ibid).

Kvaternik & Grebenc (2009, s. 510–519) förklarar vidare att socialarbetarna som intervjuats i forskningen uppger att diagnoser är stigmatiserade eftersom de enbart uppmärksammar klientens brister och avvikelser istället för styrkor och kompetenser. Diagnoserna blir som ett par glasögon genom vilka socialarbetaren bedömer klienten. Därutöver uppmärksammas en brist på en fungerande samverkan med andra organisationer, samt ett behov av ytterligare kunskap, bland socialarbetare, om klienter som lider av samsjuklighet. Deras attityder gentemot klienter med

beroendeproblematik visar som tidigare nämnts att de inte alltid känner sig skyldiga att hjälpa till, eftersom klienten kan anses vara skyldig till sitt eget beroende (ibid).

Enligt Avery et al. (2003, s. 322–326) behövs fler korta utbildningar inom den psykiatriska professionen för att kunna möta de behov och förändra de attityder som finns för klienter med samsjuklighet. Kvaternik & Grebenc (2009, s. 510–519) uppger en liknande vision med specialiserade program, men bedömer att det tar lång tid innan de fungerar i praktiken (ibid).

2.4 Samverkan mellan huvudmän

Diskussionen kring samverkan mellan olika organisationer växte fram alltmer under andra halvan av 1900-talet. Källmén et al. (2017, s. 120-122) menar att denna diskussion utvecklades i takt med av-institutionaliseringen av den svenska psykiatriska vården. Författarna förklarar att av-institutionaliseringen förutsatte ett förmånligt samarbete mellan psykiatrisk vård, vård av beroendeproblematik och kommunal socialtjänst för att möjliggöra adekvata stödinsatser till människor som lider av en samsjuklighet. I linje med detta uppmärksammar även Axelsson & Axelssons (2006, s. 80-83) att samverkan både anses vara ett sätt att förbättra effektiviteten och kvalitén av vårdinsatserna samt att det frammanar ett holistiskt perspektiv på folkhälsan. Det holistiska synsättet är något som lyfts fram som målet i socialt arbete och författarna framför att detta möjliggörs genom att organisationer utforskar sina olikheter och begränsningar, nyttjar varandras styrkor och kompetenser, och därmed finner nya lösningar för klienten.

På senare år har det dessutom blivit lagstadgat att kommunens socialtjänst och regionens sjukvård ska samarbeta i upprättandet av insatser när det är nödvändigt för klienten (3 f § HSL; 2 kap. 7 § SoL). En liknande diskussion förs av Nordström et al. (2016, s. 2-3) som uppger att det är lagstadgat att en SIP ska upprättas i situationer då en klient har ett behov av sammansatt stöd från olika huvudmän. SIP står för samordnad individuell plan och är en strategi för samverkan mellan kommun och region. Det kan beskrivas som en genomförandeplan vars syfte är att skapa en dokumenterad beskrivning av när och hur respektive huvudman ska genomföra sina insatser. Tanken är att en SIP ska tydliggöra den strukturella arbetsfördelningen mellan olika organisationer. Fördelarna med att använda sig av en SIP diskuteras även av Matscheck & Piuva (2020, s. 3-4) som har gjort sin studie utifrån ett helt annat välfärdssystem. Författarna hävdar att

en SIP skapar en möjlighet för klienten att göra sin röst hörd i den egna vårdplaneringen. Forskning påvisar att användandet av en SIP minskar barriärerna mellan olika välfärdstjänster, framförallt för klienter som lider av samsjuklighet (ibid). Vikten av samverkan och SIP betonas alltså inte bara inom det svenska välfärdssamhället utan även inom andra välfärdssamhällen som har andra lagstiftningar och organisatoriska förutsättningar för samverkan.

Som ovanstående referenser konstaterar är samverkan en central och eftersträvansvärd del i socialt arbete. Däremot är det förenat med en del svårigheter som bland annat diskuteras av Nordström et al. (2016, s. 9-19) Några utmaningar som nämns är professionernas handlingsutrymme och prioriteringar, motsättningar och maktkamper mellan organisationerna, önskan om autonomi etc. För att undvika friktion och oklarheter är det av stor vikt att organisationerna kommer överens om en klar ansvarsfördelning. Inte minst för att klienten ska känna en trygghet och få adekvat hjälp.

3. Teoretisk referensram

Följande kapitel avser att redogöra för de teoretiska utgångspunkter och begrepp som kommer att användas i analysen av empirin. Teorierna har valts ut efter sin relevans för syftet och frågeställningarna, samt för den kommande analysen. Studiens teoretiska utgångspunkter är uppdelad i tre avsnitt. Första avsnittet redogör för Berth Danermarks (2000, 2004) perspektiv på makt i samverkan och autonomi. Perspektiven ansågs vara relevanta eftersom det är ett sätt att förstå hur befintliga maktaspekter och organisatoriska aspekter kan hjälpa till i förståelsen kring vad som hindrar respektive främjar samverkan mellan socialtjänst och psykiatri. Andra avsnittet utgår ifrån Michael Lipskys (2010) teori om gräsrotsbyråkrati. Teorin används för att förstå hur professionella inom offentliga tjänster fungerar som politiska beslutsfattare i praktiken, samtidigt som de utövar sitt breda handlingsutrymme. I den här studien är det av relevans avseende missbrukshandläggares uppfattning av ansvarsfördelning och samverkan mellan socialtjänst och psykiatri. Tredje avsnittet redogör för Andrew Abbotts (1988) teori om profession och jurisdiktion. Med hjälp av Abbotts teori är förhoppningen att kunna ge en möjlig förklaring av hur, eller varför professionella roller i samverkan mellan socialtjänst och psykiatri bildas.

3.1 Danermarks olika perspektiv på samverkan

3.1.1 Modellsvag och modellstark

Berth Danermark (2000, s. 22-25) beskriver att möten mellan människor från olika bakgrunder och kulturer kan vara både stimulerande och lärorikt. Däremot kan det inom samverkansmöten vara komplicerat eftersom arbetet med två olika synsätt och perspektiv kan resultera i en kamp om dominans (ibid). I denna studie uppmärksammas en liknande kamp om ansvarsfördelning och makt mellan socialtjänst och psykiatri.

Danermark (2004, s. 24) uppger att makten mellan individer hela tiden är närvarande som en verkande kraft. Makten kan påverka relationen mellan olika aktörer genom exempelvis vetenskapen om ojämnt fördelade resurser och befogenheter. Danermark (2004, s. 14) framför ett exempel på hur en professionell kan få makt i en samverkanssituation där en läkare och en socialarbetare arbetar med en klient med samsjuklighet. Läkaren har huvudansvaret gällande beslut om vården för patienten, vilket innebär att läkarens ord väger tyngre när avgörande vårdbeslut måste tas. Socialarbetaren har inte samma tyngd i sina ord, och erhåller inte ett lika tydligt juridiskt ansvar, hög utbildning och hög status som en läkare tilldelas. Därmed skapas en maktobalans i samverkan mellan två aktörer (ibid).

Danermark (2004, s. 9) skriver att makt inte vanligtvis är ett begrepp som diskuteras i samband med samverkan. Istället dyker maktaspekten upp i andra beteckningar som handlingsutrymme och kontroll. Utifrån att ha studerat maktobalans mellan aktörer i samverkan har Danermark (2004, s.23–45) utvecklat ett strukturellt perspektiv som utgår från begreppen modellsvag och modellstark. Författaren uppger att detta förhållningssätt delvis har inspirerats av sociologen Stein Bråten (1982) som uppkommit med termen modellmakt (ibid).

Danermarks (2004, s. 37-45) perspektiv utgår ifrån ett förhållningssätt som skildrar makt som ett resultat av professionell kunskap. De olika professionerna i samverkan har olika föreställningar om vad som är rätt eller fel gällande ”objektet”, som i detta fallet symboliserar klienten. De föreställningar som bildas är en del av en social process där den professionella skapar sig en bild av objektet. Denna bild kan därefter prägla deras uppfattningar om samverkan och ansvar- och kostnadsfördelning. I en samverkanssituation med en klient med psykiatrisk sjukdom och

beroendeproblematik är det läkarna som har utbildning och kunskap kring diagnoserna, vilket socialarbetare saknar. På så sätt blir psykiatrin i denna situation modellstarka och socialtjänsten blir modellsvag. Enligt Danermark är alla konstellationer av modellstark och modellsvag en form av maktutövning. Den bild de professionella har föreställt sig om objektet återspeglar aldrig verkligheten till fullo, således att de alltid styrs av organisationens behov och intressen (ibid). Detta exempel på samverkanssituation går hand i hand med denna studie och de situationer som kan uppstå mellan socialtjänst och psykiatri.

Vidare beskriver Danermark (2000, s. 25-26) att människan består av en biologisk, en psykologisk och en social del som utgör en ouplöslig helhet. Detta innebär att när organisationer inom sådana områden ska samverka så möts deras teorier på ett ytterst konkret sätt. Ett exempel på detta är när en läkare kopplas in i ett ärende och funderar över substanser som saknas i kroppen, medan en psykolog kan börja fundera kring arbetsbelastning och konflikter, samtidigt som kuratorn diskuterar den sociala pressen och krav från omgivningen. I Danermarks mening är problematiken både medicinsk, psykologisk och social på samma gång. Danermarks perspektiv används i denna studie för att tydliggöra hur socialtjänstens och psykiatrins skilda teorier och kunskaper kan påverka deras samverkan.

3.1.2 Autonomi

Danermark (2000, s. 36-38) redogör för att den politiska styrningen är ett förhållande som påverkar samverkan. Hälso- och sjukvårdens ringa politiska styrning jämförs med socialtjänstens enorma styrning. Ett förtydligande görs genom att beskriva läkarens roll som oerhört autonom där arbetet styrs av vetenskap och beprövad erfarenhet samt att beslut därmed kan tas utan politikernas inblandning. Samtidigt måste stora delar av socialarbetarens beslut prövas av lokala politiker (ibid). Utifrån detta perspektiv har professionerna olika grader av autonomitet som kan skapa problem i samverkan, vilket kan överföras till denna studie då även missbrukshandläggare och personal inom psykiatrin har olika grader av autonomitet.

Nära sammanhängande med organisatoriska förutsättningar för samverkan är diskussionen om skilda regelverk. Danermark (2000, s. 41-43) poängterar att organisationer befinner sig under kontroll av regelverk i form av lagar och förordningar samt anvisningar från centrala instanser i

form av riktlinjer som exempelvis Socialstyrelsens allmänna råd. Regelverkens syfte är att ange vilken typ och grad av ansvar respektive organisation har, vilket i sin tur kan innebära att personer som möts i samverkan kan ha olika grader av ansvar. Sådana situationer blir mer påtagliga i samverkan mellan två professioner med en ojämlig relation, som exempelvis läkaren och socialarbetaren (ibid). Enligt Danermark (2000, s. 43-45) är dessutom förhållningssättet till regelverken en viktig del i samverkan. Författaren förklarar att professionella kan använda lagen som ursäkt för att inte behöva förändra inarbetade rutiner, de kan exempelvis uttrycka att lagen hindrar dem från att göra på ett visst sätt. Danermark menar dock att det likväl kan visa sig att regelverket inte alls utgör ett sådant hinder och att det därför är viktigt att i ett tidigt skede göra sig uppmärksam på skillnader i formella och informella regelverk (ibid).

3.2 Lipskys perspektiv på handlingsutrymme och handlingsfrihet

Michael Lipsky (2010, s. 3-4) använder termen gräsrotsbyråkrater (eng. street-level bureaucrats) för att beskriva arbetstagare inom offentlig verksamhet, som har direktkontakt med medborgarna i sitt arbete, och som har ett stort handlingsutrymme när de utför sitt arbete. Exempel på gräsrotsbyråkrater är poliser, lärare, socialarbetare, sjukvårdspersonal etc. Samtliga arbetsgrupper utdelar förmåner eller sanktioner samt strukturerar och avgränsar människors liv och möjligheter under inflytande och kontroll av stat och kommun (ibid).

Vidare uppger Lipsky (2010, s. 13-16) att gräsrotsbyråkrater har ett stort handlingsutrymme i utformandet av förmånerna och sanktionernas art, mängd och kvalitet. Problemet är att ett sådant handlingsutrymme existerar inom organisationer som även består av en bred spridning av regelverk och ansvar, vilket i sin tur blir problematiskt för de professionella. Lipsky delar upp detta i begreppen "discretion" och "autonomy" vilket kan förstås som "handlingsutrymme" och "handlingsfrihet", och menar att det ena inte kan existera utan det andra. Båda delar behövs för att kunna hantera arbetets varierande och komplexa omständigheter. Sökandet efter en balans mellan medkänsla och flexibilitet å ena sidan, och opartiskhet och strikt tillämpning av regelverk å andra sidan är något som utgör en dialektik för reformen av de offentliga tjänsterna (ibid). Alltså att dessa motsatser behöver ställas emot varandra för att därefter kunna samordnas och skapa en förändring. I denna studie är förhoppningen att, med hjälp av Lipskys teori, kunna

synliggöra hur missbrukshandläggare upplever balansen med både sitt handlingsutrymme och den handlingsfrihet som de har till sitt förfogande i samverkan med psykiatrin.

Ett annat problem som Lipsky (2010, s. 29-30) redogör för är resursbristen. Framförallt gräsrotsbyråkrater tvingas ta beslut under osäkra omständigheter på grund av komplexiteten av att arbeta med människor. Både tidsbrist och informationsbrist är en verklighet inom beslutsfattandet för dessa professioner. Vidare påpekar Lipsky (2010, s. 33) att gräsrotsbyråkrater ständigt upplever en resursbegränsning och förklarar det som att efterfrågan ökar när tillgången ökar. Om en ny tjänst görs tillgänglig för allmänheten, kommer efterfrågan att öka för att nyttja tjänsten. Lipsky (2010, s. 81-111) förklarar att denna ständiga överbelastning av arbetsuppgifter och efterfrågan på tjänsterna gör att gräsrotsbyråkrater söker olika strategier och rutiner för att hantera sin arbetssituation. De minskar efterfrågan på sina tjänster genom att exempelvis undanhålla information samt minska tillgängligheten genom att upprätta kösystem som klienten måste genomgå för att få stöd. Förutom dessa strategier fördelas tjänsterna ojämnt beroende på vilken grupp tillhörighet klienten har. Lipsky nämner bland annat att personal i traumateam tenderar att arbeta hårdare för unga än för gamla och för människor med hög status än för människor med låg status. Ett sådant partiskt beteende kan även uppstå i arbetet med klientgrupper som anses vara mindre benägna att svara på ett ingripande (ibid). I Lipskys mening innebär detta att klienter kategoriseras och tilldelas tjänster utifrån sin grupp tillhörighet snarare än efter individuella behov.

3.3 Abbotts professionsteori - Jurisdiktion

Andrew Abbott (1988, s. 110-118) presenterar begreppet jurisdiktion. Enligt Abbott utgör diagnos, behandling, slutsatser och akademiskt arbete jurisdiktionens kulturella maskineri. Jurisdiktionella anspråk kan göras på tre olika arenor, nämligen den legala arenan, den offentliga arenan och arbetsplatsen. Det jurisdiktionella anspråket på den legala arenan handlar om att söka en kontroll över det egna verksamhetsområdet. Att få utföra arbetet på det sätt som professionen anser lämpligt och att få styra över offentliga definitioner av berörda arbetsuppgifter samt att dessutom kunna påtvinga dessa definitioner på andra yrkesgrupper. Den offentliga arenan handlar om en social och kulturell auktoritet. Professionella skapar en bild av sin verksamhet i allmänhetens ögon för att i sin tur sätta en press på rättssystemet och uppnå rättsligt skydd.

Slutligen handlar det juridisktionella anspråket på arbetsplatsen om att förena sin ställning i offentligheten med sin ställning på arbetsplatsen och därmed erhålla kontroll över vissa specifika arbetsuppgifter.

Abbott (1988, s. 127-132) skiljer inte bara på var juridisktionella anspråk utspelar sig utan även på olika former av juridisktion. Den första formen som nämns är den fullständiga juridisktionen som bygger på den abstrakta kunskap som yrkena besitter för att definiera och lösa en viss uppsättning problem, som dessutom redan kan vara under fullständig juridisktion inom en annan yrkesgrupp. Den underordnade juridisktionen innebär att en yrkesgrupp anses vara underordnad att följa en annan yrkesgrupp som exempelvis sjuksköterskor i förhållande till läkare, vilket också kan komma till användning i analysen för att undersöka förhållandet mellan missbrukshandläggare och personal inom psykiatri. Den underordnade juridisktionen kan i vissa fall enbart vara intellektuell. Kännetecknande för den intellektuella juridisktionen är att den dominerande yrkesgruppen endast behåller den kognitiva kontrollen och överlåter den praktiska delen till en annan yrkesgrupp. Ytterligare en form är en rådgivande juridisktion där en yrkesgrupp intar en rådgivande kontroll över vissa arbetsuppgifter. Slutligen presenteras en delad juridisktion som innebär att yrkesgrupper kan bilda en slutgiltig arbetsfördelning där juridisktionen delas upp i två ömsesidigt beroende delar, och i vissa fall även utan en arbetsfördelning (ibid).

4. Metod

I följande kapitel redovisas studiens tillvägagångssätt och en beskrivning av hur studien har vuxit fram. En redogörelse av metodologiska överväganden, insamlingsmetod för empiri samt vår förförståelse på området sker i den första delen. Det följs av en redovisning av urval, bearbetning och analys av empiri, arbetsfördelning, etiska överväganden och slutligen en del om kvalitetskriterier.

4.1 Metodologiska överväganden

Under den sammantagna studieprocessen har tre metodologiska överväganden identifierats som anses vara relevanta att lyfta fram.

4.1.1 Val av forskningsansats

Först och främst har vi, genom en kvalitativ forskningsansats fått möjligheten att skapa en nyanserad förståelse för det aktuella forskningsfenomenet. I sökandet efter en lämplig forskningsansats menar Bryman (2018, s. 67-68) att studiens syfte är det som vägleder. Om forskaren söker en förståelse för individers tolkningar och uppfattningar är den kvalitativa ansatsen att föredra. Eftersom studiens syfte är att lyfta fram missbrukshandläggares olika resonemang angående samverkan och ansvarsfördelning mellan socialtjänst och psykiatri anses den kvalitativa metoden vara mest adekvat. Därutöver poängterar Bryman (2018, s. 47-62) ytterligare en aspekt som kan påverka valet av metod, nämligen huruvida analysen innehåller ett deduktivt eller induktivt synsätt på förhållandet mellan teori och praktisk forskning. Det faktum att denna studie undersöker hur en profession resonerar indikerar att ett induktivt synsätt är att föredra då det lägger sin tyngd på att generera teorier.

4.1.2 Val av insamlingsmetod

En alternativ insamlingsmetod som övervägdes var fokusgrupper istället för enskilda intervjuer. Bryman (2018, s. 603-605) förklarar fokusgrupper som ett sätt att undersöka hur individer i rollen som en gruppmedlem diskuterar ett visst ämne samt hur gruppmedlemmarna reagerar på varandras uttalanden. I denna studie hade det inneburit att vinjetterna hade kunnat delas ut till en grupp missbrukshandläggare som i sin tur hade kunnat diskutera dessa och redogöra för sina egna uppfattningar samt likväl reagera på varandras åsikter. Detta innebär att analysen i denna studie skulle kunnat se annorlunda ut eftersom ett större fokus troligtvis hade hamnat på *varför* missbrukshandläggare kan resonera som de gör, snarare än *hur* missbrukshandläggare kan resonera. Bryman (2018, s. 627-629) poängterar ett flertal begränsningar med fokusgrupper som exempelvis transkriberingen av materialet. Att transkribera material från fokusgrupper hade varit betydligt svårare än att transkribera enskilda intervjuer. Både på grund av risken att respondenterna talar i mun på varandra, och för att olika respondenter talar olika tydligt så att det kan bli svårt att avgöra vem som säger vad. Förutom dessa begränsningar är gruppdynamiken värd att fundera över. Det kan finnas tystlåtna deltagare som inte får göra sin röst hörd eller likaså kan det skapas ett grupptryck som påverkar resultatet (ibid). Med anledning av fokusgruppens begränsningar och det faktum att dessa begränsningar är den enskilda intervjuens styrkor, valdes enskilda intervjuer som insamlingsmetod.

4.1.3 Vår förförståelse på området

Utifrån diskussionen om metodens kvalitetskriterier finns det skäl att nämna vår förförståelse på området och hur detta kan ha påverkat studieprocessen. Efter att ha haft både verksamhetsförlagd utbildning och anställningar inom socialtjänst i olika kommuner har egna observationer på området gjorts. Dessa observationer har dels bidragit till viss kunskap om det fenomen som studien undersöker samt en förförståelse av organisationernas olika strukturer och uppdrag. Vår gemensamma upplevelse är att denna kunskap har fungerat som en tillgång, framförallt i intervjuerna, eftersom handläggarna kunde svara med egna ord utan att behöva förklara varje förkortning och fackterm. Förutom egna positiva upplevelser vid intervjuerna finns självfallet en medvetenhet kring problem som vår förförståelse samt vårt inifrånperspektiv skulle kunna orsaka för studiens kvalitet. Exempel på sådana aspekter är att vår kunskap skulle kunna ha lett till att följdfrågor missades och att saker togs för givet på grund av att det, för oss, ansågs som underförstått. Ett annat exempel är att egna erfarenheter skulle kunna påverka hur materialet tolkas och analyseras. Utan att förminska dessa aspekter är vår ståndpunkt att fördelarna med vår förförståelse på området väger tyngre så länge en medvetenhet och öppenhet påvisas.

4.2 Insamlingsmetod för empiri

För att följa upp studiens syfte har en kvalitativ semistrukturerad intervjumetod valts. Först initierades telefonkontakt med enhetschefer på nio olika vuxenenheter i Sverige. Därefter har mail, bifogat med ett informationsbrev som innehöll en presentation av oss själva och vår studie, skickats ut till enhetscheferna. Enhetscheferna vidarebefordrade vår förfrågan till missbrukshandläggare och därefter bestämdes datum och tid för intervjuer i överenskommelse med dem. Förutom via telefon och mail har inlägg tillsammans med informationsbrevet publicerats i två olika socionomgrupper på Facebook där respondenter till studien efterfrågats. Sammanlagt genomfördes åtta intervjuer varav endast en intervju ägde rum på socialtjänstens eget kontor. I de fall då respondenten blev sjuk eller befann sig på ett långt avstånd utfördes intervjun över Zoom, vilket resulterade i sju digitala intervjuer. Varje intervju utfördes enskilt och inleddes med en genomgång av samtyckesblanketten. I de intervjuer som utfördes via Zoom lämnades ett muntligt samtycke. Efter godkännande från respondenten spelades samtliga intervjuer in med hjälp av en applikation på mobiltelefonen.

Bryman (2018, s. 560-656) förklarar att en semistrukturerad intervjuform ger utrymme för respondenten att tala fritt samtidigt som forskaren har förberett en lista av relativt specifika teman som samtalet kretsar kring (ibid). Till en början var tanken att utföra intervjuerna tillsammans men eftersom det var en stor utmaning att finna respondenter som hade möjlighet och tid att delta i intervju, utfördes intervjuerna separat i ett sent skede. Bryman (2018, s. 564) menar dock att en fördel med en semistrukturerad intervjumetod är att den, trots att fler än en forskare håller intervjuer, ändå säkerställer en viss jämförbarhet.

Som ett komplement till intervjun genomfördes två vinjetter som utgick ifrån realistiska scenarier. Vinjetterna medtogs i pappersform vid den fysiska intervjun, och mailades till respondenterna vid de digitala intervjuerna. Bryman (2018, s. 571-573) understryker ett flertal fördelar med att använda sig av vinjettfrågor i en kvalitativ intervju. Att ställa vinjettfrågor öppnar upp för respondentens möjlighet att ge sitt unika svar kring åsikter och beteenden i konkreta situationer. Användandet av en vinjettbaserad och semistrukturerad intervjuform gav möjligheten att ställa fördjupande frågor i samtalet om en specifik situation.

4.3 Urval

Det var inte förutbestämt hur många intervjuer som skulle genomföras innan processen var igång, eftersom det inte gick att förutse hur många missbrukshandläggare som skulle kunna avsätta tid för intervju. Slutligen intervjuades åtta respondenter av orsaken att det, inom denna uppsats ramar, inte fanns tillräckligt med utrymme eller tid för ett större antal, samt på grund av svårigheten att få tag på respondenter som kunde medverka på grund av deras höga arbetsbelastning. Eriksson-Zetterquist & Ahrne (2015, s.42) belyser det faktum att sex till åtta respondenter som ingår i en särskild grupp är tillräckligt för att öka materialets representativitet.

De utvalda respondenterna arbetar som missbrukshandläggare på socialtjänstens vuxenhet i olika kommuner runt om i Sverige. För att kunna följa upp studiens syfte behövde urvalskriterierna innefatta missbrukshandläggare som jobbar aktivt med klienter dagligen. Inga avgränsningar gjordes utifrån kön. I rekryteringsprocessen av respondenter var ett kriterium att missbrukshandläggarna hade arbetat på vuxenheten i minst sex månader för att säkerställa att de hade kunskap och erfarenhet av klienter med samsjuklighet och samverkan med psykiatri.

Förhoppningen är således att intervjuerna ska klargöra respondenternas upplevelse av socialtjänsten och deras ansvarsfördelning på ett nyanserat och professionellt plan.

Respondenterna utsågs utifrån att de ansågs vara mest lämpliga för att kunna följa upp studiens syfte och frågeställningar. Av den orsaken består studien av ett icke slumpmässigt tillvägagångssätt vid val av respondenter, vilket innebär ett strategiskt målstyrt urval. Bryman (2011, s.496) förklarar att ett målstyrt urval innebär att forskaren medvetet och strategiskt har valt respondenter för att spegla en variation, och för att på så sätt kunna följa upp studiens syfte. Genom ett målstyrt urval går det inte att generalisera till en population, vilket är en av anledningarna till varför den här sortens urval återkommande används i kvalitativa undersökningar (ibid). Således läggs ett fokus på hur respondenterna kan resonera, snarare än på att generalisera resultatet.

Författarna till föreliggande studie har genom den verksamhetsförlagda utbildningen etablerat kontakt med möjliga respondenter från två olika socialtjänster. På grund av den tidigare kontakten med organisationerna kan det diskuteras om urvalet även var ett bekvämlighetsurval. Bryman (2011, s.496) uppger att bekvämlighetsurval är ett urval av respondenter som vid tidpunkten för studien finns tillgängliga för forskaren. Eftersom kontakten på socialtjänst redan fanns sedan innan blev detta förstahandsvalet för att välja respondenter. Både utifrån bekvämlighet och på grund av att det geografiska läget för de båda författarna. Studiens urval kan av den orsaken anses vara en kombination av målstyrt- och bekvämlighetsurval.

4.4 Bearbetning och analys

4.4.1 Transkribering

I transkriberingsprocessen har allt som sagts under intervjuerna skrivits ned. Detta inkluderar långa tystnader, upprepningar och utfyllnadsord. Anledningen till detta är att analysen ska, i så stor utsträckning som möjligt, återge en sanningsenlig bild eftersom transkriberingen inte kan fånga upp kroppsspråk, ansiktsuttryck eller tonlägen. Bryman (2018, s. 582) uppger att om intervjun inte transkriberas ordagrant kan det leda till att forskaren missar viktigt material som

kan användas i analysen. Däremot har citaten i analysen redigerats på så sätt att onödiga upprepningar, pauser och ljud har tagits bort för läsbarhetens skull.

4.4.2 Tematisk analys

Studien har varit av induktiv art, vilket innebär att det teoretiska ramverket har valts ut först efter att empiri samlats in (Bryman, 2018, s. 42–67). För att bearbeta empirin valdes ett av de vanligaste angreppssätten när det kommer till kvalitativa studier, nämligen tematisk analys. Bryman (2018, s. 702–708) beskriver att grundprincipen med detta tankesätt är att det inte finns bestämda teman eller begrepp innan forskaren börjat analysera sin empiri. Rennstam & Wästerfors (2015, s. 221) belyser att empiri från intervjuer kan innehålla en mängd variationer och innebörder från respondenterna. En enda intervju kan sålunda ha en avgörande karaktär som kastar omkull forskarens tidigare förutbestämda uppfattningar. På liknande sätt beskriver Bryman (2018, s. 702–708) att den tematiska analysen lägger stor vikt vid vad som sägs, och inte hur det sägs. Av denna anledning ansågs denna typ av analysmetod vara den mest lämpliga för studiens syfte, således att den handlar om att undersöka hur professionella resonerar, och på så sätt försöka förstå deras upplevelser.

Clarke & Braun (2013, s. 120–123) förklarar de principer som finns när en tematisk analys ska genomföras. Forskaren behöver först och främst göra sig bekant med det insamlade materialet i form av läsning för att kunna börja urskilja vilka delar som är intressanta för studien. Nästa steg är en form av öppen kodning, som sedan leder till att koderna ställs mot varandra för att hitta gemensamma grunddrag som kan sammanlänka dem till ett tema. De teman som bidrar mest till studiens syfte selekteras sedan ut.

Genomförandet av den tematiska analysen har utgått från Clarke & Brauns (2013) principer. Efter att först ha läst igenom de transkriberade intervjuerna enskilt, identifierades teman som hade en koppling till studiens syfte och frågeställningar. Därefter jämfördes de teman som enskilt identifierats för att sedan göra samma process tillsammans. Utifrån de övergripande teman som upptäckts valdes sedan ytterligare teman ut, som sedan blev till begrepp och underrubriker. För att underlätta arbetet av att identifiera teman användes färgkodning som praktiskt hjälpmedel.

Målet med de teman och begrepp som framkom efter analys av de transkriberade intervjuerna var att, i så stor grad som möjligt, skildra de resonemang och tankar som respondenterna angivit. Respondenternas egna ord var av den orsaken i fokus, och således var det viktigt att inte utgå från det som möjligen sägs mellan raderna, eftersom den tolkningen kan ge en annan betydelse än det respondenten ville förmedla. Samtidigt har det lagts vikt vid medvetandet om att den egna tolkningen av den insamlade empirin har styrt vilka delar som hamnat i fokus och presenterats, och därmed vad som framställs i slutresultatet av studien.

4.5 Arbetsfördelning

Genomgående under studieprocessen har vi strävat efter en så jämlig arbetsfördelning som möjligt. Under utbildningen har vi, ett flertal gånger, skrivit uppgifter tillsammans vilket innebär att vi är väl bekanta med varandras styrkor och svagheter, samt hur vi fungerar rent samarbetsmässigt i grupparbeten. Med anledning av ovanstående kände vi båda en säkerhet och trygghet i det faktum att vi inte bara arbetar bra tillsammans utan även att vi kompletterat varandra väl. Vår gemensamma upplevelse är att båda tagit lika stort ansvar för denna studie, att arbetsfördelningen varit så jämbördig som möjligt vad gäller skrivande, litteratursökning, utförande av intervjuer, transkribering, kodning och analys. Åsikter, reflektioner och kritik har tilldelats likvärdig betydelse, vilket har resulterat i en studie som båda är nöjda med.

4.6 Etiska överväganden

Reflektioner kring etiska överväganden har varit ett genomgående tema under studiens gång. Kvale & Brinkmann (2014, s. 97–114) belyser vikten av att tänka på vilken målgrupp som väljs ut som informanter. Respondenten kan tvingas återberätta svåra erfarenheter från sitt liv, vilket kan upplevas som ett personligt intrång. Det kan likaså leda till stress under intervjutillfället och därefter när de ser vad författaren valt att inkludera i studien (ibid). För att undvika dessa etiska dilemman är respondenterna i föreliggande studie yrkesverksamma missbrukshandläggare, och frågorna har utformats på så sätt att fokus ligger på deras resonemang kring organisationen, yrket och den egna yrkesrollen. Därmed bedöms risken vara låg att göra intrång i respondentens personliga sfär. Oberoende vilken målgrupp som väljs ut som respondenter redogör Eldén (2020, s. 101–108) för hur viktigt det är hantera det insamlade materialet med försiktighet, hänsyn och

respekt. Det är likaså viktigt att vara medveten om den makt forskaren besitter, eftersom hen väljer vad som ska framkomma i analysen och på vilket sätt det framställs (ibid). I föreliggande studie har således materialet hanterats med största möjliga respekt.

Denna studie följer Vetenskapsrådets (2002, s.5–14) forskningsetiska principer, vilket är: informationskravet, samtyckeskravet, nyttjandekravet och konfidentialitetskravet. Dessa principer är till för att skydda respondenterna, och hjälpa forskare att se till att de följer lagstiftning och andra forskningsetiska riktlinjer.

Informationskravet syftar till att forskaren har en skyldighet att informera respondenten om villkoren för deras deltagande i studien. Det innebär en skyldighet att informera om respondentens frivillighet i form av att de kan avbryta sitt deltagande, och likaså övrig information som kan påverka deras vilja att delta eller inte (Vetenskapsrådets, 2002, s.5–14). För att uppfylla informationskravet så tilldelades varje respondent ett informationsbrev innan intervjutillfället via mail där det tydligt framkom information kring studien, villkoren för att delta och att medverkan var frivillig.

Samtyckeskravet betyder att forskaren har en skyldighet att inhämta samtycke från respondenterna som medverkar i studien för att försäkra dem att de själva bestämmer över sin medverkan. Respondenten har rätt att avbryta sin medverkan när de så önskar. Det innebär likaså att forskaren inte får påverka respondenten i något beslut gällande sin medverkan (Vetenskapsrådets, 2002, s. 5–14). Information om samtycke stod i informationsbrevet som skickades ut. Vid självaste intervjutillfället inhämtades samtycke genom att skriva under en samtyckesblankett, och vid de intervjuer som genomfördes digitalt blev samtycket muntligt.

Nyttjandekravet innebär att den insamlade empirin inte får användas för icke-vetenskapliga syften, eller till åtgärder eller beslut som kan komma att påverka respondenterna. Det får enbart användas för forskningsändamålet, och det skulle enbart vara godkänt att användas till andra ändamål om det finns ett samtycke från respondenten (Vetenskapsrådets, 2002, s. 5–14). Information om nyttjandekravet framgick likaså det i informationsbrevet. Den insamlade empirin användes uteslutande till att följa upp studiens syfte och frågeställningar. Eldén (2020, s. 145) belyser vikten av återkoppling till informanter i samband med nyttjandekravet. För att säkerställa

det här framgick det i informationsbrevet att de respondenter som medverkat kunde få den färdigställda studien skickad till sig via mail om så önskades.

Konfidentialitetskravet betyder att den insamlade empirin ska vara konfidentiell, och även förvaras oåtkomligt för obehöriga (Vetenskapsrådets, 2002, s. 5–14). För att uppnå det här kravet är samtliga respondenter anonyma genom hela studiens gång. Materialet förvarades på en USB-disk, som sedan tömdes när studien var färdigställd. Eldén (2020, s. 131–133) beskriver att anonymitet i en forskning inte alltid är tillräcklig för att bibehålla konfidentialitet, och att det därför är viktigt att vara uppmärksam på vilken information som skrivs med i resultatet. För att säkerställa respondenternas anonymitet skrivs det inte ut vilken kommun de arbetar i. Likaså inkluderas inga citat som kan koppla en respondent till en viss kommun.

I analys och resultatdelen lyfts en del citat fram där tonen gentemot andra organisationer kan låta hård på grund av underliggande frustration hos den professionella. Syftet med studien är inte att rikta något fokus mot konflikter mellan de olika organisationerna, utan att istället skildra hur professionellas begränsade resurser och handlingsutrymme kan orsaka en viss sorts frustration i samverkanssituationer.

4.7 Kvalitetskriterier

Inom kvalitativ forskning tillämpas begreppen tillförlitlighet och autenticitet för att kvalitetssäkra arbetet. Dessa två begrepp är, enligt Bryman (2018, s. 467-470), grundläggande och består i sin tur av delkriterier. Det första delkriteriet är “trovärdighet” som innebär ett säkerställande kring att forskningen har utförts i enlighet med existerande regler. Trovärdigheten ökar dessutom om forskaren rapporterar studiens resultat till de personer som deltagit för att de i sin tur ska kunna bekräfta att deras verklighet har uppfattats på korrekt sätt, en så kallad respondentvalidering. Eftersom studiens strama tidsramar inte ger utrymme för att utföra en respondentvalidering i efterhand har en återkoppling gjorts i slutet av varje intervju där respondenten givits utrymme för att tillägga, utveckla eller klargöra sina uttalanden. Förutom detta har Vetenskapsrådets (2002) riktlinjer varit styrande i intervjuprocessen. Ett delkriterium som går hand i hand med detta är det som Bryman (2018, s. 470) benämner som “möjligheten att styrka och konfirmera” huruvida forskaren agerat i god tro och därmed inte låtit personliga erfarenheter påverka utförandet av och slutsatserna från studien. En del av ansvaret över att fastslå huruvida det går att styrka resultaten

åläggs granskaren. Genom att öppet visa på ett medvetet förhållningssätt kring egna erfarenheter och värderingar, samt genom granskning utifrån, är förhoppningen att kunna styrka och bekräfta en trovärdighet hos studien i fråga.

Resterande två delkriterier till studiens tillförlitlighet är "överförbarhet" och "pålitlighet". Bryman (2018, s. 467-470) förklarar att studiens pålitlighet handlar om att forskaren ska ha ett granskande synsätt som innebär att en komplett redogörelse för forskningsprocessen skapas. Denna redogörelse bör därefter granskas av kollegor eller, som i detta fall, handledare för att bedöma kvaliteten på valda procedurer. Denna studie uppnår en pålitlighet med hjälp av en tydlig beskrivning av forskningsprocessen i metodkapitlet. Därutöver har en handledare kontinuerligt granskat även denna del.

Bryman (2018, s. 467-468) skriver att studiens överförbarhet innebär att resultatet ska kunna tillämpas även på annan plats, tid eller kontext. Kvalitativa undersökningar söker efter ett djup snarare än en bredd där fokus hamnar på det kontextuellt unika och på betydelsen av den sociala verklighet som studeras. För att uppnå detta har utförliga beskrivningar av fenomenet presenterats och intervjuer har gjorts med olika respondenter i olika kommuner för att studien i viss mån ska kunna överföras till liknande kontexter inom missbruksvården.

Det faktum att resultatet i studien utgår från flera olika upplevelser och åsikter kring socialtjänsten från olika respondenter i olika kommuner ökar även det empiriska underlagets autenticitet. Som Bryman (2018, s. 470) förklarar innebär begreppet "autenticitet" att forskaren bör ha ett antal frågor gällande äkthet i åtanke under forskningsprocessen. Det handlar exempelvis om att undersökningen i så stor utsträckning som möjligt ska ge en rättvis bild av respondenternas upplevelser, att kunna tillhandahålla respondenterna en bättre förståelse av sin sociala situation samt ge en bild av hur andra personer i samma miljö kan uppleva samma situation. En annan fråga om studiens äkthet handlar om att kunna ge respondenterna möjligheten att vidta åtgärder för att förändra sin situation om så önskas (ibid). I studiens resultat presenteras citat från intervjuerna för att styrka respondenternas egna upplevelser, och för att påvisa en sanningsenlighet. När studien sedan är slutförd kommer varje respondent få ta del av den fullständiga forskningsstudien för att möjliggöra ett uppfyllande av autenticitetskriterierna.

5. Analys och resultat

I detta kapitel presenteras och analyseras studiens empiriska material utifrån den valda teoretiska referensramen, samt kopplas samman med tidigare forskning som valts ut. Kapitlet är uppdelat i fem teman baserade på studiens resultat och frågeställningar.

5.1 Brist på resurser och behandlingstider

Respondenternas beskrivning av de organisatoriska förutsättningarna i samverkan mellan socialtjänst och psykiatri kretsar bland annat kring väntetider, ekonomiska begränsningar och tillgänglighet. Trots att det finns olika typer av resursbrister inom båda huvudmännen, vittnar samtliga respondenter om att deras arbete påverkas hårt av att psykiatrin inte har möjlighet att ta sin del av ansvaret. Resursbristen skapar alltså svårigheter för huvudmännen att tillgodose det lagstadgade kravet om samverkan i arbetet med klienter som har sammansatta behov.

Att det är köer, det är svårt att komma, för klienterna att komma in. Att vi försöker få till SIP men det finns inte personal [eget tillägg: inom psykiatrin] som kan vara med på en SIP. Att man motar bort det, att det inte blir någonting. Att det är väldigt svårt att komma i kontakt med psykiatrin när man har någon... har en klient en kontaktperson inom psykiatrin så är det väldigt svårt att få tag på de personerna.

Respondent 3

Citatet ovan tyder på komplikationer i samband med att upprätta en SIP tillsammans med psykiatrin. Som Nordström et al. (2016, s. 2-3) uttrycker är SIP en lagstadgad samverkansstrategi som ämnar att tydliggöra arbetsfördelningen mellan två aktörer, för att därmed möjliggöra ett gott stöd för klienter med sammansatta behov. Vidare betonar Nordström et al. (2016, s. 9-19) svårigheter som associeras med den samverkan som eftersträvas mellan aktörer. Bland andra diskuteras professionernas olika handlingsutrymme och prioriteringar samt motsättningar mellan organisationerna. Försvårande aspekter i samverkan mellan socialtjänst och psykiatri har varit ett genomgående tema i intervjuerna med alla respondenter. Förutom konstateranden om resursbrister hos psykiatrin har ett flertal respondenter uttryckt svårigheter i samverkan.

Jag ser ju att hon skulle behöva hur mycket hjälp som helst men vi härifrån [eget tillägg: på socialtjänsten] kan inte bevilja mer, för att det går över vad vi får och kan göra.

Respondent 1

Citatet ovan går hand i hand med andra respondenters upplevelser. Exempelvis nämner även respondent 3 att handlingsutrymmet känns begränsat i situationer då insatser från psykiatrin dröjer till följd av resursbrist. Den balans som uttrycks ovan, mellan vad missbrukshandläggaren *kan* respektive *får* göra i samverkan med andra huvudmän går i linje med Michael Lipskys teori om handlingsutrymme och handlingsfrihet. Lipsky (2010, s. 13-16) menar att handlingsutrymmet ska ställas mot en bred spridning av regelverk och ansvar. Lipsky förklarar att det kan uppstå besvärliga situationer för den professionella när dennes medkänsla och flexibilitet i arbetet ställs mot den strikta tillämpningen av regelverk. Flera av respondenterna delger upplevelser kring att ofta vilja göra mer men att de hindras på grund av psykiatrins resursbrist samt att de då inte får lov att ta över psykiatrins del av ansvaret. Vidare diskuterar respondent 3 att de ibland får in klienter som kanske egentligen ligger på gränsen till över deras kompetens- eller resursnivå.

Det kan ju vi ibland känna, att vi får svårare och svårare ärenden hos oss på grund av att de [eget tillägg: psykiatrin] kanske inte har resurserna till att liksom hjälpa de här personerna.

Respondent 3

Den upplevelse som respondent 3 återger i citatet ovan synliggör situationer som kan uppstå som konsekvens av resursbrister. Även andra respondenter påtalar att de ibland tilldelas ärenden som går utöver deras kunskapsområde. Vidare nämner respondent 3 att det finns kunskapsluckor i ärenden där klienten lider av någon form av neuropsykiatrisk diagnos och att de som missbrukshandläggare helt enkelt får göra vad de kan utifrån de resurser som finns. Lipsky (2010, s. 29-30) förklarar att eftersom arbetet med människor är så komplext, är det en del av människobehandlande yrken att tvingas ta beslut under osäkra omständigheter. Vidare uppmärksammar Lipsky (2010, s. 81-111) att den resursbrist och överbelastning som professionella inom sådana yrken upplever gör att de söker olika strategier och rutiner för att

hantera sin arbetssituation. En av dessa rutiner är att tjänster fördelas ojämnt beroende på vilken grupp tillhörighet klienten har. I det här fallet innebär detta att klienter tilldelas stöd av missbrukshandläggare och personal inom psykiatrin utifrån den kategorisering som gjorts inom respektive organisation, snarare än efter individuella behov. Lipsky poängterar att en sådan fördelning av stöd även kan uppstå i arbetet med klientgrupper som anses vara mindre benägna att svara på ett ingripande. Lipskys teori skulle kunna förklara varför en viss typ av klientgrupp selekteras bort och hänvisas till en annan huvudman på grund av resursbrist.

Det enda som är svårt med psykiatrin tycker jag är att det är så långa väntetider innan hjälpen kan komma gång. En klient kan ha en väntetid på två år, så då kan det vara svårt för en person som är på behandlingshem och sen så ska den personen hålla sig nykter i 2 år för att kunna komma in i den typen av samtalsbehandling...

Respondent 2

Ovan presenteras ytterligare ett citat som kastar ljus över utmaningen i att arbeta med klienter som lider av samsjuklighet med en huvudman vars insatser för klienten dröjer. I samband med detta nämner respondenterna svårigheter kring att få tag på läkare och att de i vissa fall enbart har ett par frågor som hade gått snabbt att ställa. Respondenterna uttrycker att ett sätt att få tag på en läkare är att kalla till ett SIP-möte med hjälp av kommunikationsverktyget Mina Planer men att det tar tid och möda som kanske inte är nödvändigt för ett par frågor. När respondenternas upplevelser analyseras med hjälp av Nordströms et al. (2016) beskrivning av svårigheter i samverkan samt Lipskys (2010) teori om balansen mellan handlingsutrymme och handlingsfrihet, tydliggörs utmaningarna med att hitta nya arbetsformer och samverka under de organisatoriska förutsättningar som existerar, eller inte existerar. Att arbeta under begränsade organisatoriska förutsättningar försvårar ett långsiktigt och förebyggande arbete, som en av respondenterna själv uttryckte tydligt.

5.2 Specialisering som utmaning

Respondenterna återkom gång på gång till den komplexa frågan om vad som kommer först för klienter med samsjuklighet, beroendeproblematiken eller den psykiska ohälsan. Hilarski &

Wodarski (2001, s. 109-110) uppger att komplexiteten kring samsjuklighet är att effekter av missbruk i vissa fall kan likna olika psykiska diagnoser, samt att det kan vara svårt att utreda en klient så länge hen inte varit nykter en längre period. I följande citat diskuterar respondent 7 hur viktigt det är att se klienten som en hel person, och inte dela upp hen i olika sorters problemområden.

Det finns ett missbruk absolut, men där är ju ofta andra delar man behöver jobba med. Det hjälper inte att bara ta bort narkotikan, utan det är klart att det är superviktigt att man får väck den. Men löser man inte det andra så kommer det tillbaks [...]

Respondent 7

Respondent 7 uppger vidare att professionella inom socialt arbete får lära sig att beakta alla områden i klientens liv, och hur de olika faktorerna kan komma att påverka den personen. Respondenten uppger att missbrukshandläggare räknar med fler faktorer i en klients liv vid beslut av insatser än vad sjukvården gör. Det upplevs som att psykiatrin mest erbjuder medicinering, vilket enligt respondenterna inte löser klientens psykosociala förhållanden.

Med Danermarks (2000, s.25-26) terminologi kan citatet ovan tolkas som en beskrivning av människan som en oupplöslig helhet bestående av en biologisk, en psykologisk och en social del. Det innebär att när en klient lider av samsjuklighet i form av beroendeproblematik och psykisk ohälsa utgår organisationerna från två olika synsätt, vilket i sin tur kan påverka samverkan (ibid). I denna studie kan det innebära att en läkare anser att beroendeproblematiken är grundproblematiken, och att socialarbetaren istället tänker att den psykiska ohälsan är grunden till beroendet. Likväl berättar respondent 4 att socialarbetare och professionella inom psykiatrin utgår från olika perspektiv, vilket kan bidra till att de inte alltid förstår varandra. Att det finns två olika synsätt på klientens problematik menar respondenten ofta leder till frustration, meningsskiljaktigheter och svårigheter att kommunicera. Danermark (2000, s.25-26) uppger att det inte går att dela upp problematiken i olika delar, utan för att hjälpa klienten behöver alla delar beaktas. Genom att använda Danermarks perspektiv på olika professionellas synsätt kan det i denna studie urskiljas varför samverkan mellan socialtjänst och psykiatri kan försvåras på grund av deras olika synsätt på klienter med samsjuklighet.

Flertalet respondenter nämner beroendemottagningen som en möjlighet att arbeta parallellt med klientens alla behov. Beroendemottagningen fungerar som en form av mellanhand mellan psykiatri och socialtjänsten och beskrivs som en öppnare verksamhet med bättre tillgänglighet och bredare kunskap inom båda områdena. Trots detta uttrycker respondenterna en uppgivenhet kring hur arbetet fungerar i praktiken när två skilda och specialiserade organisationer ska samverka. Specialisering som utmaning diskuteras exempelvis av respondent 5 på följande sätt:

Det är jättebra att vi specialiserar oss inom socialtjänsten och vi blir jätteduktiga inom respektive område. Men baksidan med den specialiseringen blir ju också att vi kan bara det området och vi missar andra områden kanske och dessutom så blir det så att man ska då lämna över vissa delar till någon annan och det är inte alla gånger det blir bra.

Respondent 5

Specialisering inom människobehandlande organisationer kommer med både för- och nackdelar. I arbetet med klienter som lider av samsjuklighet menar dock respondenten att det är nödvändigt med en viss diversifiering, inte enbart för att bredda kunskapen utan även för att kunna frångå diskussioner om betalningsansvar. Komplexiteten kring arbetet med klienter som lider av samsjuklighet styrks av Hilarski & Wodarski (2001, s. 105-110) som menar att bieffekter av missbruket kan likna olika psykiska diagnoser och vice versa. Likaså framför Drake et al. (2001, s. 470-473) att en uppdelad vård för beroendeproblematik och för psykisk ohälsa bidrar till en fragmenterad och ineffektiv vård. Författarna synliggör ett behov av bredare kunskap kring vård av samsjuklighet än vad som finns i dagsläget. Vidare förklaras att forskning och behandlingsmöjligheter från olika håll behöver integreras för att undvika att klienter exkluderas och nekas vård i det ena systemet för att istället bli ombedda att återkomma när den andra delen av samsjukligheten är under kontroll. Respondent 8 menar att missbruksvården bör placeras under sjukvården:

Att missbruksvården skulle ligga in under sjukvårdens ansvar och jag tror att det är det som krävs för att vi ska få till så att det blir ett bra

samarbete där klienterna får det de faktiskt behöver. [...] Och det här att man måste sluta med de här pengapåsarna. För det funkar inte att sjukvården har sina pengar där och då är det det som prioriteras, det är ju akutsjukvården som prioriteras och inte de här långsiktiga. Och att vi har vår pengapåse och då är det olika som prioriteras här.

Respondent 8

Respondent 8 beskriver problematiken som kan uppstå när två olika huvudmän med skilda budgetar ska samordna insatser för klienter som lider av en samsjuklighet. På liknande sätt menar respondent 5 att det primärt är bristen på pengar som hindrar en fungerande samverkan. Danermark (2000, s. 32-43) menar att olika grader av politisk styrning och skilda regelverk kan skapa hinder när professionella från två skilda organisationer möts i en samverkanssituation. Detta kan relateras till respondentens uttalanden om att arbetet med klienter som lider av samsjuklighet hade underlättats om missbruksvården placerades under sjukvården så att det inte skapas diskussioner kring ansvarsfördelning. Processen i att ta gemensamma beslut försvåras och det kan skapa en irritation och ineffektivitet i arbetet. Likväl uttrycker respondent 6 samma önskan om en gemensam organisation i följande citat:

I den bästa av världar skulle de här områdena ligga under samma verksamhet så att man hade kunnat arbeta med [...] alla bitarna samtidigt och man kan inte ta det ena eller det andra liksom utan det behöver fungera ihop så att.

Respondent 6

Förutom att det hade underlättat i diskussioner kring betalningsansvar hade det möjliggjort en effektivare samordning av insatser. Inte minst hade det, enligt respondent 6, underlättat för klienterna som hade erbjudits en snabbare och enklare väg in i systemet. Samtliga respondenter i denna studie är enade i frågan om att stödet för klienter som lider av samsjuklighet behöver samordnas och påbörjas parallellt. En intressant idé presenterades även av respondent 4 som påtalade ett behov av att samverkansdagar skulle arrangeras ett par gånger om året för att professionella från båda huvudmännen skulle kunna mötas och göra ett utbyte av erfarenhet och

kunskap. Respondenten förklarar att sådana samverkansdagar hade kunnat ge upphov till nya idéer om hur huvudmännen kan samverka för att på bästa möjliga sätt tillgodose klienternas behov.

Men jag kan däremot se mycket, mycket fördelar med att vi bjuder in psykiatrin mer och regionen mer liksom. [...] Vi behöver bjuda upp till dans liksom.

Respondent 3

Respondenternas resonemang går i linje med det Axelsson & Axelsson (2006, s. 80-83) uppmärksammar om det holistiska synsättet. Författarna förklarar att ett holistiskt synsätt är målet inom socialt arbete samt att det möjliggörs genom att olika organisationer utforskar sina olikheter och begränsningar, nyttjar varandras styrkor och kompetenser, och därmed finner nya lösningar för klienten. Med andra ord finns ett behov av en diversifiering inom organisationerna.

5.3 Att täcka upp för annan huvudmans ansvar

Ansvarsfördelningen inom samverkan mellan socialtjänst och psykiatri beskrivs som problematisk i samtliga intervjuer. Majoriteten av de beskrivna upplevelserna handlar i huvudsak om att psykiatrin inte tar sin del av ansvaret. Detta innebär inte att samtliga respondenter anser att psykiatrin rycker på axlarna och negligerar de behov som finns utan respondenterna visar på en gemensam medvetenhet om att bristen på ansvarstagande är grundat i resursbristen inom psykiatrin.

Och det kan man ju fundera kring. Borde socialtjänsten gå in och ta över andra aktörers ansvar? Asså rent generellt så borde ju svaret på den frågan vara nej, det borde vi inte. Men om människor dör och människor far illa och människor inte får hjälp. [---] Så kan man ju fundera kring just det här med, ska vi skita i vad lagen säger? Ska vi skita i vem som är huvudman och låta etiken styra istället?

Respondent 5

Respondent 5 diskuterar möjliga konsekvenser av vad som kan hända om inte psykiatrin tar sin del av ansvaret. Vidare påvisar citatet hur respondenten slits mellan sin medkänsla för klienterna

och regelverkets ramar. Å ena sidan vill respondenten ge efter för etiken, även om det innebär att överta en annan huvudmans ansvar. Å andra sidan påverkar lagstiftningen vad respondenten får och inte får göra. Detta dilemma är en typisk situation som kan sättas under mikroskopet av Lipskys teori om gräsrotsbyråkratens handlingsutrymme och handlingsfrihet. Lipsky (2010, s. 13-16) menar att orsaken till att handlingsutrymmet inte kan reduceras helt beror på att professionella inom människobehandlande organisationer ofta arbetar i situationer som är för komplicerade för att detaljerade instruktioner ska vara tillräckliga. I interaktionen med berörda klienter behövs alltså någon form av känslig observation och bedömning. Med utgångspunkt från vinjetten resonerar respondent 3 på följande sätt:

Ja nu låter det lite förminskade, men tagit några benzon, alltså benzodiazepiner och sen skurit upp hela handleden. Och så skickar dem en LVM anmälan, och vi bara aah... Absolut att hon har dämpat sin ångest med bensodiazepiner men hon har ju också gjort ett aktivt suicidförsök. Vad har ni gjort på PIVA, asså så faktiskt.

Respondent 3

Citatet från respondent 3 utgör ett exempel på en diskussion mellan socialtjänsten och psykiatrien där huvudmännen är oense om ansvarsfördelningen. Diskussionen kan analyseras utifrån Abbotts (1988, s. 110-118) teori om juridiktionella anspråk som utförs på den legala arenan. I fallet ovan beskrivs en kamp där båda huvudmännen söker en kontroll över det egna verksamhetsområdet, vilket även utgör förhållanden som Nordström et al. (2016, s. 9-19) diskuterar med hänvisning till att motsättningar och maktkamper utgör hinder i samverkan. Att arbetet med klienter som lider av samsjuklighet tillhör båda huvudmännen diskuteras av respondent 4 på följande sätt:

Det här med samsjuklighet, det är inte bara någonting som finns inom socialtjänsten där socialtjänsten ska ta hela problemet utan det är faktiskt psykiatrins problem också, eller ja ansvar också.

Respondent 4

Detta är något som samtliga respondenter är enade i. Respondent 2 tydliggör bland annat det faktum att varken socialtjänsten eller psykiatrien kan stänga sin dörr för att de anser att klienten tillhör den andra huvudmannen. Respondenten påtalar, liksom resterande respondenter, att båda

huvudmännen behöver vara involverade. Avery et al. (2003, s. 322–326) uppmärksammar i sin studie att både beroende- och samhällspsykiatriker framför att de har mindre förtroende för sina färdigheter när de tvingas arbeta med klienter med samsjuklighet. Tydligt framgår att det är en stor utmaning för servicesystem som traditionellt har tillhandahållit parallell behandling att nu hitta formerna för en integrerad behandling. Detta skulle också kunna förklara en benägenhet att skjuta ifrån sig ansvaret.

Det är väl det som också är utifrån psykiatrin att vi ofta hamnar i vilket ska göras först, när det egentligen enligt alla riktlinjer heter att det ska göras samtidigt. [---] För de missbrukar ju oftast på grund av det dåliga måendet. Så vi behöver ju göra det samtidigt.

Respondent 8

Liksom tidigare citat i detta avsnitt nämner respondent 8 diskussioner som ofta kan skapas i samverkansarbetet med så komplexa ärenden. Respondenten lyfter därutöver fram vikten av att stödet behöver samordnas parallellt. Norström et al. (2016, s. 9-19) lyfter likaså fram olika utmaningar som associeras med samverkansarbetet mellan huvudmännen men att samverkan trots allt är en eftersträvansvärd del i socialt arbete. Författarna framför även att en tydlig ansvarsfördelning är väsentlig för att undvika friktion och oklarheter, och inte minst för att klienten både ska känna en trygghet och få sina behov tillgodosedda. Det är trots allt klienten som i slutändan drabbas mest när samverkansarbetet fallerar.

5.4 Lagstiftningens betydelse för ansvarsfördelningen

Följande avsnitt inleds med ett citat som tydligt framhäver vad respondenterna anser är problemet med lagstiftningen i samverkan med psykiatrin.

Alltså jag är ju lite av den uppfattningen att jag tycker det är rätt så intressant när de tre största hjälporganen vi har i samhället så där, kommunen, regionen och polisen, befinner sig under tre helt olika lagstiftningar som egentligen motverkar varandra och sen ska man då försöka hitta ett samarbete där emellan.

Respondent 6

Det som framförs av respondent 6 ovan är ett genomgående tema i ett flertal intervjuer. Även andra respondenter menar att lagstiftningarna som huvudmännen arbetar med ofta motverkar varandra. En annan svårighet som nämns i samtliga intervjuer är att socialtjänsten främst ska arbeta utifrån SoL som bygger på 100% frivillighet. Respondenterna menar att detta självklart är bra i många fall men att det ställer till problem i de fall då klienten uppenbart är i behov av hjälp från både socialtjänst och psykiatri men inte vill lämna samtycke. Då är deras händer bakbundna eftersom kriterierna för tvångslagstiftningarna är strikta.

Vidare uttrycker respondent 6 att det är lätt hänt att huvudmännen börjar motarbeta varandra eftersom deras respektive lagstiftningar också gör det. Denna upplevelse styrks av respondent 7 som förklarar att även om lagstiftningarna innehåller ett samarbetskrav är det två olika myndigheter med skilda synsätt som ska samarbeta, vilket enligt respondenten är ett inneboende problem i lagstiftningen. När två skilda huvudmän ska samverka kring en så stor klientgrupp skapas ofta meningskiljaktigheter kring vem som ska göra vad och när det ska ske. Danermark (2000, s. 36-38) beskriver den politiska styrningen som ett hinder i samarbetet mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Socialarbetarens roll är belagd med en enorm styrning medan läkarens roll är långt mer autonom, vilket kan skapa problem i samverkanssituationer. Danermark (2000, s. 41-43) förklarar att regelverkens syfte, lagstiftningar som riktlinjer och allmänna råd, är att ange vilket ansvar som åligger respektive huvudman. I samverkanssituationer kan detta innebära att de huvudmän som möts har olika grader av ansvar och att det därmed krockar och skapar problem i det aktuella ärendet. En sådan krock diskuteras även av respondent 7 i citatet nedan:

Liksom om LVM. De [eget tillägg: psykiatrin] tycker att vi ska ta LVM lite titt som tätt, och det ska vi inte göra heller. Där kan man också se en olikhet för på LPT kan du LPT:a någon i 24, 48 eller 72h. Vi har sex månader punkt, där är liksom inget att välja på.

Respondent 7

Följande citat skildrar den klyfta som upplevs mellan huvudmännens tvångslagstiftningar. Respondent 7 påpekar att den ena lagstiftningen omhändertar några timmar medan den andra

omhändertar klienten i sex månader. Det är allt eller inget eftersom det inte finns något mellanting. I citatet ovan syns även en maktkamp mellan huvudmännen där psykiatrin pressar socialtjänsten till att ta ett LVM. Danermark (2000, s. 41-43) relaterar en sådan maktkamp till bland annat lagstiftningen. Författaren menar att skilda regelverk kan skapa en maktrelation i samverkansmötet när en professionell, som besitter både makt och inflytande i vissa frågor, även gör anspråk på att ta beslut i frågor som inte berör dennes område. Detta går i linje med Abbotts teori om olika former av jurisdiktionella anspråk. Abbotts (1988, s. 110-118) redogörelse för det jurisdiktionella anspråket på den legala arenan kan användas för att förklara psykiatrins inverkan på vad socialtjänsten ska göra. I Abbotts mening har professioner en strävan efter att etablera kontroll och ensamrätt över jurisdiktioner. I detta fall kan det förstås som att psykiatrin strävar efter att styra över definitionen av den berörda arbetsuppgiften samt påtvinga denna definition på socialtjänsten. Danermark (2000, s. 41-43) uppmärksammar att maktrelationer som beskrivs ovan blir mer påtagliga i samverkan mellan två professioner med en ojämlig relation, som exempelvis läkaren och socialarbetaren.

Det är också en bölig lagstiftning som ligger och spökar hela tiden. Och det pratar vi ju ofta om. Vad hade hänt om vi inte hade haft LVM lagstiftningen. För då hade diskussionerna med psykiatrin sett annorlunda ut. Det är ju faktiskt bara vi som har den här lagstiftningen.

Respondent 7

Slutligen presenteras ett citat där respondenten funderar över om mindre styrning från lagstiftningar de facto hade underlättat i arbetet. Likaså påtalar respondent 8 att missbrukshandläggare har väldigt mycket lagstiftning och riktlinjer att förhålla sig till. Danermark (2000, s. 43-45) poängterar dock att förhållningssättet till regelverken är en viktig del i samverkan. Författaren menar att professionella tenderar att använda lagen som ursäkt för att inte behöva förändra inarbetade rutiner. Att professionella exempelvis kan uttrycka att lagen hindrar dem från att göra på ett visst sätt. Danermark menar dock att det likväl kan visa sig att regelverket inte alls utgör ett sådant hinder och att det därför är viktigt att i ett tidigt skede göra sig uppmärksam på skillnader i formella och informella regelverk (ibid).

5.5 Kamp om dominans

Danermark (2000, s. 22-25) förklarar att en samverkan mellan två aktörer som har olika perspektiv och synsätt kan resultera i en kamp om dominans. Maktaspekten är framförallt närvarande mellan aktörer genom vetskapen om ojämlikt fördelade resurser och befogenheter (Danermark, 2004, s.24). Dessa resonemang om makt kan relateras till respondenternas upplevelser och tankar om hur olika professionellas legitimitet och kunskap kan komma att påverkas vid samverkan och diskussioner om ansvarsfördelning kring klienter som lider av samsjuklighet. I intervjuerna framkom på olika sätt från respondenterna att det kan upplevas som en kamp om dominans mellan dem själva och psykiatrin i samverkansmöten med en gemensam klient.

Det är mycket att det ibland känns som att det handlar om att man ska vinna argumentation snarare än [eget tillägg: att de ska gynna] den personen som man försöker hjälpa.

Respondent 3

Respondent 3 uppger likaså att i en SIP kan läkaren vara ifrågasättande kring deras kompetens och val av insatser och att det leder till diskussioner om vem som har rätt eller fel. Ett antal av respondenterna upplever även att läkarnas legitimitet och auktoritet gör att de oftast har ett slutgiltigt bedömning som anses väga tyngre än deras bedömningar. Den argumentation eller maktkamp som beskrivs av respondenterna kan sättas i relation till Abbotts perspektiv om juridisk anspråk. Abbott (1988, s. 110-118) skriver att juridisk anspråk görs på tre olika arenor; den legala arenan, den offentliga arenan och på arbetsplatsen. I fallet som beskrivs av respondent 3 görs anspråket på den legala arenan. Detta innebär i Abbotts mening att professionerna söker en kontroll över det egna verksamhetsområdet. Organisationerna, i detta fall psykiatrin och socialtjänsten, har en strävan efter att utföra arbetet på det sätt som de själva anser lämpligt och vill därmed både styra över hur dessa arbetsuppgifter definieras samt påtvinga dessa definitioner på den andra organisationen. Abbotts perspektiv kan därmed förklara varför sådana situationer som citatet handlar om uppstår. Respondent 6 redogör i följande citat om sin upplevelse av de maktkamper som kan uppstå i en samverkan.

Nej men det är att de [eget tillägg: psykiatrin] ser på sitt sätt, och de har sin auktoritet och sin bedömning där liksom utifrån sitt, den läkarbedömning de gör, och de har ju en helt annan ja bestämmanderätt i sitt yrke uppenbarligen då [...] och har man inte läkaren med sig, om den säger nej så är det rätt svårt att komma vidare.

Respondent 6

Eftersom socialtjänsten och psykiatrin har två olika synsätt och perspektiv kan resultatet bli en kamp om dominans. Danermarks (2004, s.37-45) perspektiv utgår ifrån ett förhållningssätt som ser på makt som ett resultat av professionell kunskap. De två professionerna har olika föreställningar om "objektet", i det här fallet en klient, och dessa uppfattningar kan sedan komma att prägla deras åsikter om samverkan och ansvar- och kostnadsfördelning. I en tolkning av Danermarks (2000, s.22-25) perspektiv "modellsvag" respektive "modellstark" kan en aktör bli modellstark om den i en samverkanssituation har mer kunskap om exempelvis klientens olika problemområden. Om den andra aktören saknar den typen av kunskap blir den modellsvag. Även Kvaternik & Grebenc (2009, s.510–519) diskuterar olika sorters kunskap och uppger att användningen av medicinsk terminologi inom socialt arbete allt oftare blir ett sätt att begränsa socialarbetares inflytande, vilket kan medföra att klienten utesluts från hjälpsystemet.

Så kan säkert psykiatrin tycka om oss också, att det blir mycket tyckande om den andra partens insatser. Istället för att prata om vad vi kan göra tillsammans så handlar det mer i en SIP om vad du [eget tillägg: socialtjänsten] kan göra åt situationen. [...] Och det är ju också på något sätt en hierarki, för läkare, återigen läkare har ju återigen ett ganska stort förtroende bland folk.

Respondent 3

Respondent 3 redogör i följande citat om någon form av maktobalans i och med läkares legitimitet i samhället. Respondent 8 framför att de kan hamna i diskussioner med läkare på psykiatrin gällande vilka insatser socialtjänsten beviljat eller inte. Respondenten säger även att läkare kan ifrågasätta det socialarbetaren beviljar, för att sedan motsätta sig att klienten ska få

exempelvis avgiftning. Att läkare uppfattas vara högre i hierarki jämfört med socialarbetare kan likaså kopplas ihop med Danermarks (2004, s.37-45) perspektiv om modellstark och modellsvag. Psykiatrin är, i fallet ovan, modellstarka och använder sin makt gentemot socialtjänsten som är modellsvag. Danermark (2004, s.14) uppger att i samverkan med en klient med samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik så har läkaren huvudansvaret gällande beslut om vård för klienten. Socialarbetarens profession erhåller inte ett lika tydligt juridiskt ansvar, hög utbildning och hög status och blir på så sätt i samverkan med psykiatri oftast modellsvag.

Den hierarki som beskrivs kan dessutom relateras till Abbotts perspektiv om olika former av jurisdiktion. Abbott (1988, s. 127-132) redogör bland annat för en så kallad underordnad jurisdiktion som innebär att en yrkesgrupp anses vara underordnad att följa en annan yrkesgrupp. Den här typen av jurisdiktion kan dessutom i vissa fall enbart vara intellektuell, vilket innebär att den dominerande yrkesgruppen endast behåller den kognitiva kontrollen och överlåter den praktiska delen till en annan yrkesgrupp. I detta fall innebär det att socialarbetaren hamnat i en underordnad jurisdiktion under läkaren eftersom läkaren gör anspråk på den kognitiva kontrollen, alltså hur klientens situation ska uppfattas. Däremot kan den praktiska delen senare överlåtas åt socialarbetaren. Avslutningsvis uppger respondent 6 följande:

För jag tror att man nog har lättare att förstå varandra om man ser varandra som kollegor, snarare än motpart.

Respondent 6

Respondent 6 påtalar behovet av att lägga maktkampen åt sidan. Likväl framför ett flertal av respondenterna en önskan om bättre samverkan i form av att de ska se varandra som kollegor och inte som organisationer som arbetar mot varandra. Respondenternas resonemang synliggör behovet av att rikta blicken mot det gemensamma målet och därmed arbeta tillsammans för klienten snarare än att arbeta enskilt för organisationen.

6. Diskussion

I det första avsnittet besvaras studiens frågeställningar. Nästkommande avsnitt belyser författarnas egna slutsatser och tankar. I det tredje avsnittet presenteras en diskussion om studiens styrkor och svagheter. Avslutningsvis framförs förslag på vidare forskning.

6.1 Uppföljning till studiens frågeställningar

I en uppföljning till studiens första frågeställning om hur missbrukshandläggare uppfattar ansvarsfördelningen mellan socialtjänst och psykiatri framkommer att respondenterna kan känna irritation eftersom de kan uppleva att psykiatrin inte tar sitt ansvar. Denna irritation kan ur missbrukshandläggarnas perspektiv bidra till att samverkan inte fungerar och ansvaret placeras under "fel organisation". Återkommande poängterar respondenterna att det är klienterna som drabbas värst och inte missbrukshandläggarna själva.

I Sverige finns det en uppdelning mellan psykiatri och socialtjänst där det tydligt framgår vilken organisation som ska behandla en specifik problematik. Enligt studiens resultat är uppdelningen inte lika tydlig när det kommer till ärenden med klienter med samsjuklighet i form av beroendeproblematik och psykisk ohälsa. Istället upplevs uppdelningen mellan de två organisationerna av respondenterna som otydlig och problematisk.

Respondenterna beskriver att komplexiteten med klienter med samsjuklighet försvårar möjligheten till en tydlig ansvarsfördelning och att klientens behov kan behöva behandlas parallellt med hjälp av både socialtjänst och psykiatri. Klienter med samsjuklighet beskrivs som en svår grupp att behandla. Enligt respondenterna kan det vara svårt att veta vad grundproblematiken är, och på så sätt veta vem som ska bära ansvaret för insatserna. Respondenterna uppger att ansvaret gärna lämnas över till socialtjänsten eftersom det anses vara lättare för klienterna att få hjälp av socialtjänsten än psykiatrin. Psykiatrin anses enligt respondenterna vara svårare att få kontakt med, och de har många gånger krav på exempelvis drogfrihet. Dessa krav gör att klienter med samsjuklighet kan hindras från att få den hjälp de behöver från psykiatrin på grund av sin beroendeproblematik. Genom ovanstående exempel uppger respondenterna att de kan få klienter som egentligen ligger utanför deras kompetens,

eftersom de egentligen borde tillhöra psykiatrins ansvar. Respondenterna önskar att det istället skulle finnas en tydligare ansvarsfördelning när det kommer till insatser.

I en uppföljning till studiens andra frågeställning om vad som kan försvåra samverkan framkommer det ett flertal försvårande omständigheter. Ett av de hinder som respondenterna återkom till i intervjuerna var hur bristen på resurser och tillgänglighet hos psykiatrin påverkade samverkan. Respondenterna upplever att psykiatrin har hög arbetsbelastning vilket leder till svårigheter i kommunikation och tillgänglighet. På grund av den höga arbetsbelastningen på psykiatrin kan det vara svårt att arrangera samverkansmöten eller att komma i kontakt med en klients läkare. Respondenterna berättar att de mestadels vidarekopplas till en mellanhand istället för direkt till klientens läkare.

Ytterligare försvårande förhållanden i samverkan är, enligt respondenterna, att professionerna inom de två organisationerna kan uppfatta ärenden på olika sätt på grund av att de har olika perspektiv och synsätt. Psykiatrin utgår ifrån det psykiska måendet medan socialtjänsten utgår ifrån sociala faktorer i klientens liv. Ur respondenternas berättelser synliggörs en maktkamp mellan professionerna där jurisdiktionella anspråk görs på "korrekt" definition av klientens problematik samt på vad som ska göras, och vem som ska göra vad (jfr Abbott 1988). Specialiseringen inom respektive profession förenas med nackdelar som exempelvis att andra kunskapsområden förbises, och att den professionella tvingas överlämna vissa delar till en annan profession.

Slutligen benämns lagstiftningen som problematisk i flera samverkanssituationer av respondenterna. Eftersom lagstiftningarna är uppdelade mellan två olika huvudmän upplevs de som otydliga och motverkande i arbetet med klienter som har sammansatta behov. När olika lagstiftningar ska tillämpas i ett och samma ärende skapas klyftor där klienter med samsjuklighet tenderar att hamna. Respondenterna uppger att resursbrister, skilda synsätt, kunskapsluckor och skilda regelverk tillsammans utgör hinder som påverkar deras handlingsutrymme.

I en uppföljning till studiens tredje frågeställning om vad som kan underlätta samverkan har det framkommit fler faktorer som försvårar än som underlättar. Men respondenterna har likaväl upplevelser av vad som underlättar samverkan och vad som hade kunnat vara potentiella lösningar för framtidens samverkan. Respondenterna uppger att de kommunikationsverktyg som

i dagsläget existerar är exempelvis Mina Planer, vilket är ett sätt som kan underlätta i kontakten mellan socialtjänst och psykiatri. Genom Mina Planer kan socialtjänst och psykiatri skicka direkta meddelanden till varandra och bestämma huruvida en SIP behöver genomföras. Ett annat sätt som underlättar samverkan är, enligt respondenterna, att det har startat upp beroendemottagningar runt om i Sverige. Dessa mottagningar är till viss del sammankopplade med psykiatri, men erhåller inte lika höga krav på exempelvis drogfrihet som allmänpsykiatri gör. Respondenterna uppger likaså att beroendemottagningarna inte har lika långa väntetider som psykiatri.

Något alla respondenter uttrycker är en önskan om att på något sätt se att klienter med beroendeproblematik och psykisk ohälsa går under en gemensam organisation, budget och lagstiftning. Att utvidga sitt kunskapsområde kan bidra till en väl fungerande samverkan. Detta, menar respondenterna, kan leda till att klienten får en snabbare och enklare väg in i systemet, samt att de med en gemensam budget kan bevilja insatser gemensamt. Ett flertal respondenter menar att en bra början är att missbruksvården placeras under sjukvården. En annan idé som framförts och som skulle kunna underlätta samverkan är att huvudmännen arrangerar samverkansdagar som möjliggör kunskaps- och erfarenhetsutbyte. Genom att huvudmännen utforskar varandras olikheter, begränsningar, styrkor och kompetenser möjliggörs ett holistiskt synsätt som i sin tur kan skapa nya adekvata insatser för klienten.

6.2 Slutsatser

Utifrån den teoretiska analysen av det empiriska materialet har författarna uppmärksammat ett så kallat stuprörstänk i diskussionen om ansvarsfördelning och samverkan mellan socialtjänst och psykiatri. Fokus i diskussionerna mellan huvudmännen verkar utgöras av jurisdiktionella anspråk och en kamp om dominans snarare än att tillmötesgå klientens behov. I samverkan mellan människobehandlande organisationer är det viktigt att påminna sig själv och andra om varför något ska göras, och för vems skull organisationerna arbetar. Vi ser ett behov av att bryta sig loss från stuprörstänket, lyfta blicken och fokusera på det gemensamma målet. Den grundläggande tanken är trots allt att klientens individuella behov bör vara det centrala i diskussionen om ansvarsfördelning och samverkan, snarare än vilken kategori och därmed organisation som klienten anses tillhöra.

Studiens sammantagna resultat går i linje med flertalet tidigare studier om samverkan mellan socialtjänst och psykiatri i arbetet med klienter som lider av samsjuklighet. Utifrån studiens resultat och analys dras följande fyra slutsatser, tre på samhällsnivå och en på organisationsnivå.

- *Samverkan mellan socialtjänst och psykiatri i arbetet med klienter som lider av samsjuklighet är ett utvecklingsområde belagt med ett flertal brister och svårigheter.*
- *En diversifiering av professionernas kunskap föreslås då komplexiteten med behandlingen av samsjuklighet är omfattande. Bieffekter av missbruket kan likna olika psykiska diagnoser och vice versa.*
- *Behovet av en gemensam organisation som arbetar utifrån en gemensam lagstiftning framställs som den mest förmånliga och eftersträvansvärda lösningen. Detta för att klienter inte ska hänvisas fram och tillbaka mellan två skilda organisationer.*
- *Resursbristen inom psykiatrin framställs som ett av de hinder som i högsta grad försvårar både samverkan och vården för samsjukliga klienter.*

6.3 Studiens styrkor och svagheter

I denna studie finns en del begränsningar och styrkor som bör uppmärksammas. En begränsning som kan anses vara hämmande för resultatet är urvalet. I studien intervjuades åtta respondenter, vilket medför att det kan vara svårt att veta om det empiriska materialet hade uppnått teoretisk mättnad. Samtidigt finns även styrkor i urvalet eftersom alla respondenter utom två kom från olika kommuner i Sverige. Detta kan påverka resultatet på så sätt att det speglar hur samverkan och ansvarsfördelning mellan socialtjänst och psykiatri ser ut i olika kommuner, och på så sätt kan respondenternas svar vara ytterst olika. Om samtliga respondenter istället hade kommit ifrån samma kommun hade det enbart återspeglat svar från den specifika kommunen, och på så sätt skulle studiens överförbarhet kunna kritiseras, och en teoretisk mättnad kanske hade uppnåtts i ett tidigare skede.

Författarna har i denna studie haft en tidigare etablerad kontakt med två av respondenterna. Det kan anses vara en begränsning eftersom den tidigare relationen kan påverka respondenternas svar. För att undvika en påverkan av detta slag beslutades att författarna gjorde intervju med den respondent de inte tidigare haft kontakt med.

Det kan likaså ses som en begränsning att alla intervjuer utom en genomfördes digitalt genom applikationer som Zoom eller Teams. Digitala intervjuer kan upplevas som mindre avslappnade och naturliga, vilket i sin tur kan komma att påverka respondentens svar. Styrkan med att genomföra intervjuerna digitalt är att det är mer tidseffektivt både för respondenterna men framförallt för författarna. Att intervjuerna kunde genomföras digitalt möjliggjorde även att respondenter från alla delar av Sverige kunde delta. Om alla intervjuer skulle göras på plats hade studiens urval begränsats ytterligare.

Denna studie har både styrkor och begränsningar. Genom att belysa samverkan och ansvarsfördelning mellan socialtjänst och psykiatri uppmärksammades inte bara svårigheter med samverkan utan också potentiellt framtida lösningar av respondenterna själva. Således är denna studie av relevans för socialt arbete och, inte minst för att uppmärksamma problematiken kring klienter med samsjuklighet.

6.4 Förslag på vidare forskning

I denna studie har det framkommit att samsjuklighet i form av beroendeproblematik och psykisk ohälsa är ett stort socialt problem. Tidigare forskning visar att diskussionen kring samsjuklighet har pågått sedan lång tid tillbaka. I dagsläget pågår en samsjuklighetsutredning men det finns ännu ingen komplett lösning kring ansvarsfördelning och samverkan. Vi anser således att det finns ett behov av vidare forskning för att kunna få en mer utförlig bild av det komplexa problemområdet kring ansvarsfördelning och samverkan mellan socialtjänst och psykiatri. Fortsatt forskning skulle kunna motivera till genomförandet av fler förändringar inom området. Här presenteras våra förslag till vidare forskning.

I denna studie uppmärksammas de professionella och deras upplevelser kring samsjuklighet och samverkan. Det är av yttersta vikt att tänka på att det är klienterna, och inte de professionella, som lider av samsjuklighet, och som drabbas av de konsekvenser som uppstår genom olika

lagstiftningar, otydliga riktlinjer och bristande samverkan. För att få ett klientperspektiv finns ett behov av forskning kring hur klienterna ser på vårdens utformning, och på vilket sätt de hade önskat att få hjälp. Klienterna hade kunnat bidra med en utökad kartläggning av hur situationen ser ut, och vilka problemområden som behöver lösas.

Ett ytterligare förslag är att utöka forskningen om samsjuklighet, och hur den uttrycker sig. Alla professionella kan inte ha samma sorts kunskap, men svårigheten ligger i att avgöra vilken problematik som ligger till grund för klientens behov av hjälp, det vill säga är den psykiska ohälsan grunden till beroendeproblematiken, eller vice versa. Denna svårighet gör att det därmed behövs tydligare riktlinjer för hur en klient med samsjuklighet ska bemötas och behandlas för att inte hamna utanför hjälpsystemet.

Eftersom både socialtjänsten och psykiatrin är politiskt styrda vore det också lämpligt att forska om hur politiker ser på situationen. Politikerna hade kunnat förklara och motivera varför så få förändringar görs, trots att det är ett erkänt socialt problem. Samtidigt finns ett behov av mer forskning kring vilken typ av vård som är den mest effektiva för klienter som lider av samsjuklighet, för att stärka förutsättningarna för att politiker ska kunna ta rätt beslut.

Vidare forskning behöver även göras beträffande de praktiska faktorerna, för att förenkla samverkan mellan socialtjänst och psykiatri. Respondenterna redogör i denna studie för att det kan vara problematiskt och tidskrävande att få tag på psykiatrin då läkare eller psykiatriker inte lämnar ut direktnummer eller mailadress. Om de praktiska faktorerna var mer effektiva hade en mer utvecklad och nära samverkan kunnat möjliggöras.

Slutligen hade det varit informativt om en liknande studie som denna hade genomförts, där professionella inom psykiatrin fick dela med sig av sin synvinkel och sina upplevelser inom ämnet. Likaså hade det varit av intresse att genomföra fokusgruppsintervjuer där professionella från socialtjänst och psykiatri tillsammans fick diskutera samsjuklighet, samverkan och eventuella lösningar.

7. Referenslista

- Abbott, Andrew Delano (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press
- Avery, Jonathan, Lisa Dixon, David A Adler, David W Oslin, Ann Hackman, Michael B First, Beth Goldman, Steve Koh, Ilana Nossel & Sam Siris (2013). Psychiatrists' Attitudes Toward Individuals With Substance Use Disorders and Serious Mental Illness. *Journal of Dual Diagnosis*. 9 (4): 322-326
- Axelsson, Runo & Susanna Bihari Axelsson (2006). Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*. 21 (1): 75-88
- Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Tredje uppl. Stockholm: Liber
- Chan, Ya-Fen, Michael L. Dennis, & Rodney R. Funk (2008). Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment: Recent Advances in Research on the Treatment of Co-Occurring Disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 34 (1): 14-24
- Clarke, Victoria & Virginia Braun (2013) Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*. 26 (2): 120–123.
- Danermark, Berth (2004). *Samverkan - en fråga om makt*. Örebro: Läromedia
- Danermark, Berth (2000). *Samverkan - himmel eller helvete?: [en bok om den svåra konsten att samverka]*. Stockholm: Gothia
- Drainoni, Mari-Lynn & Sara S. Bachman (1995) Overcoming Treatment Barriers to Providing Services for Adults With Dual Diagnosis - Three Approaches. *Journal of disability policy studies*. 6 (1): 43-55
- Drake, Robert E., Susan M. Essock, Andrew Shaner, Kate B. Carey, Kenneth Minkoff, Lenore Kola, David Lynde, Fred C. Osher, Robin E. Clark, & Lawrence Rickards (2001). Implementing Dual Diagnosis Services for Clients With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*. 52 (4): 469-476
- Eldén, Sara (2020) *Forskningsetik- Vägval i samhällsvetenskapliga studier*. Lund: Studentlitteratur.

- Eriksson-Zetterquist, Ulla & Ahrne, Göran (2015) Intervjuer I: Ahrne, Göran & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Andra uppl. Stockholm: Liber
- Gotham, Heather J., Ronald E. Claus, Kim Selig, & Andrew L. Homer (2010) Increasing program capability to provide treatment for co-occurring substance use and mental disorders: Organizational characteristics. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 38 (2): 160-169
- Hilarski, Carolyn, & John S. Wodarski (2001). Comorbid Substance Abuse and Mental Illness: Diagnosis and Treatment. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. 1 (1): 105-119
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Tredje uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Kvaternik, Ines & Vera Grebenc (2009) The role of social work in the field of mental health: dual diagnoses as a challenge for social workers. *European Journal of Social Work*. 12 (4): 509-521
- Källmén, Håkan, Anders Hed & Tobias H. Elgán (2017). Collaboration between community social services and healthcare institutions: The use of a collaborative individual plan. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift: NAT*. 34 (2): 119-130
- Lipsky, Michael (2010). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services. 30th anniversary expanded ed.* New York: Russell Sage Foundation
- Matscheck, David & Katarina Piuva (2020). Integrated care for individuals with mental illness and substance abuse - the example of the coordinated individual plan in Sweden: [Integrerad vård för personer med psykisk ohälsa eller missbruk - exemplet Samordnade Individuella Planer i Sverige]. *European Journal of Social Work*. 25 (2): 341-354
- Nordström, Erik, Irene Josephson, Berith Hedberg & Sofia Kjellström (2016) Agenda för samverkan eller verksamhetens agenda? Om professionellas erfarenheter av samverkan enligt samordnad individuell plan (SIP). *Socialvetenskaplig tidskrift*. (1): 1-22
- O'Hare, Thomas (2002) Evidence-Based Social Work Practice with Mentally Ill Persons who Abuse Alcohol and Other Drugs. *Social Work in Mental Health*. 1 (1): 43 - 62
- Rennstam, Jens & David Wästerfors (2015) Att analysera kvalitativt material I: Ahrne, Göran & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Andra uppl. Stockholm: Liber SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet

- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet
- SFS 1988:870. *Lag om vård av missbrukare i vissa fall*. Stockholm. Socialdepartementet.
- SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm. Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen (2019a) *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*. Socialstyrelsen: Stockholm
- Socialstyrelsen (2019b) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende - Stöd för styrning och ledning*. Socialstyrelsen: Stockholm
- Socialstyrelsen (2013) *Socialstyrelsens termbank*. <https://termbank.socialstyrelsen.se/> [Hämtat: 2022-11-09]
- SOU 2011:6 *Missbruket, Kunskapen, Vården - Missbruksutredningens forskningsbilaga*.
Delbetänkande av Missbruksutredningen
- SOU 2021:93 *Från delar till helhet - En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*. Delbetänkande av Samsjuklighetsutredningen
- Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk - samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet: Stockholm

8. Bilagor

8.1 Vinjetter

8.1.1 Olivia 22 år

Du som missbrukshandläggare får följande information från 1:e socialsekreterare efter att flera orosanmälningar om Olivia har inkommit de senaste dagarna.

Olivia har sedan några år tillbaka ingen sysselsättning och bor sedan 1 år tillbaka med sin äldre pojkvän. Majoriteten av orosanmälningarna kommer från Olivias mamma och pappa. De berättar att Olivia är bipolär och att hon har genomgått en depression när hon var yngre. Föräldrarna uttrycker att de nu är väldigt oroliga över Olivias psykiska och fysiska mående sedan hon flyttade ihop med pojkvännen, och menar att hon inte är kapabel att ta hand om sig själv utan stöd. Föräldrarna upplever Olivia som personlighetsförändrad, och menar att hon ena stunden kan vara verbal och aggressiv till att nästa dag vara passiv. Olivia har receptbelagd medicin för sitt psykiska mående, men föräldrarna uppger att de tror att hon slutat att ta dem. Föräldrarna har vid flera tillfällen kört in henne till Vuxenpsykiatriavdelningen PIVA då hennes beteende har eskalerat. Hon blir vanligtvis inlagd i några dagar, och får sedan åka hem igen. Hon har vid dessa tillfällen blivit drogtestad och visat positivt på bland annat amfetamin och tramadol. Olivia har vid ett av besöken uppgett till läkare att hennes pojkvän är langare och att det är han som förser henne med narkotika. Hon har även berättat hon slutat ta sin medicin för att hon inte mår bra av dem.

Du som missbrukshandläggare åker på hembesök till Olivia med en kollega. På besöket är hon passiv och vägrar prata med dig. Nästa dag går ni på ännu ett hembesök och Olivia är märkbart påverkad, och önskar att få hjälp med sin situation.

8.1.2 Jessica 57 år

Till dig som missbrukshandläggare inkommer en ansökan om bistånd i form av stöd för beroendeproblematik från enskild person. Jessica bor hemma tillsammans med sin man som utsätter henne för psykisk och fysisk misshandel. Med anledning av detta har hon, sedan ett år

tillbaka, kontakt med behandlare. Även behandlaren uttrycker en stark oro över Jessicas hälsa och säkerhet, och har därför tidigare erbjudit henne ett skyddat boende som Jessica själv tackade nej till. Jessica berättar att hon varit sjukskriven i 30 år efter en fallolycka och att hon sedan dess har gått på läkarordinerad metadon för sina smärtor. Hon berättar även om sin uppväxt som varit präglad av psykisk och fysisk misshandel samt sexuella övergrepp. Förutom metadonet berättar Jessica att hon dricker stora mängder vin varje dag och att hon gör det för att hon är ensam, mår dåligt, lider av ett självskadebeteende och har suicidtankar varje dag. Det senaste året har Jessica gjort suicidförsök fem till sex gånger och åkt in och ut från psykiatrin flera gånger. Under samtalet med Jessica sitter hon och slumrar till, sludrar i sitt tal, flackar med blicken och kan knappt ta sig fram på egen hand. Jessica uttrycker en extrem uppgivenhet över sin situation och önskar få hjälp snabbt eftersom hon känner att hon inte längre orkar leva som hon gör.

8.2 Intervjuguide

Intervjun utgår ifrån två vinjetter som respondenten själv läser under intervjuens gång. Innan den vinjettbaserade intervjun börjar ställs det bakgrundsfrågor. Respondenten läser sedan en vinjett i taget och får svara på densamma frågor till bådadera. Det går sedan vidare till att respondenten får svara på generella frågor om teman som är i fokus i studien. Samtycke till intervjun ges genom att en samtyckesblankett skrivs på. Intervjun spelas in efter godkännande.

Fråga: Har du läst informationsbrevet om denna studie?

Bakgrundsfrågor:

- Vilket uppdrag har du i verksamheten?
- Hur länge har du arbetat på vuxenenheten?
- Hur vanligt är det att du träffar på klienter som har samsjuklighet i form av beroendeproblematik och psykisk ohälsa?

Frågor till vinjett 1 och 2:

- Vad är dina första spontana tankar kring den här klientens situation?
(*Vilka hinder och möjligheter ser du?*)
- Vilka lagstiftningar tänker du är aktuella i detta fallet?

- Upplever du att lagstiftningen underlättar eller försvårar ditt arbete med klienten?
- Vilken ytterligare information hade du behövt för att kunna ta ett beslut kring klienten, och i så fall varför behöver du den här informationen?
- Vilken typ av samverkan hade varit nödvändig mellan socialtjänst och psykiatri i detta fall, och i så fall varför?
- Vilka insatser anser du kan bli aktuella för klienten, och i så fall varför?
- Hur resonerar *DU* kring om klienten passar in i den egna målgruppen för verksamheten, eller om den ska hänvisas vidare till psykiatrisk vård?
- Hur tänker *DU* kring ansvarsfördelningen mellan socialtjänst och psykiatri kring denna klient? Är den tydlig? Tillhör hen socialtjänsten eller psykiatrin, eller båda två, och i så fall varför?

Interna frågor

- Hur kan en diskussion se ut, mellan dig och dina *kollegor*, angående var klienter med samsjuklighet organisatoriskt hör hemma?
- På vilket sätt kan diskussionen skilja sig, när du istället resonerar *tillsammans* med din *överordnad*, angående var klienter med samsjuklighet organisatoriskt hör hemma?
- Hur mycket handlingsutrymme har du vanligtvis i arbetet med klienter som lider av samsjuklighet?

Externa frågor

- Hur kan en diskussion se ut, mellan dig och *professionella* inom psykiatrisk vård, angående var klienter med samsjuklighet organisatoriskt hör hemma?
- Under vilka omständigheter brukar det vara särskilt vanligt att ni är oense om att klienten hör hemma inom psykiatrin, och vilka argument brukar du använda för att markera allvaret i situationen?

Attityder

- Vilka möjliga attityder kring klienter med samsjuklighet har du uppmärksammat från kollegor respektive överordnad på din arbetsplats?

(Med attityd menar vi hur man medvetet eller omedvetet betraktar eller bedömer en händelse eller fenomen. I detta fall en klient som lider av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik)

Samverkan och lösningar

- Hur anser du att samverkan med psykiatri fungerar i dagsläget?
- Har du upplevt några specifika svårigheter i samverkan med psykiatri?
- Vad tänker du, skulle behöva förändras för att, på ett mer effektivt och gynnsamt sätt, kunna samordna insatser för klienter som lider av samsjuklighet mellan beroendeproblematik och psykisk ohälsa?

Innan vi avslutar, är det något du tycker att vi missat att fråga om?

Tack för din tid!