

# ”Man måste vara frisk för att orka vara sjuk”

**En kvalitativ studie om samverkan och de konsekvenser samsjuklighet får för handlingsutrymmet hos yrkesverksamma inom beroendevården och psykiatri i Upplands Väsby kommun.**

**Av: Robert Carlsson**

Handledare: Hassan Hosseini  
Södertörns högskola | Institutionen för samhällsvetenskap  
Kandidatuppsats 15 hp  
Socialt arbete | Hötsterminen 2018



## **Sammanfattning**

Samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och ett missbruk har blivit allt mer uppmärksammat och vanligt förekommande, något som ställer högre krav än någonsin på en fungerande samverkan mellan psykiatrisk- och beroendevård inom öppenvården. Syftet med denna studie är, utöver att belysa den uppfattade omfattningen av samsjuklighet, att genom kvalitativa intervjuer med yrkesverksamma från två aktörer inom de båda vårdområdena identifiera befintlig samverkan och förbättringsområden. Utöver detta är syftet även att se hur personal inom de båda verksamheterna förhåller sig till vad det innebär hos klienter och patienter att vara diagnostiserad med två stigmatiserade diagnoser. Den teoretiska referensramen denna studie använder sig av är teorin om samverkan och Goffmans teori om stigma, samt tidigare forskning som berör samverkan och samsjuklighet. Empirin består av fyra semi-strukturerade intervjuer med yrkesverksamma inom de båda vårdområdena. Resultaten visar på att samtliga respondenter uppfattar samsjukligheten som utbredd och omfattande, samt att samverkan är uppskattad och eftersträvanvärt – men kräver både motivation och vilja av personalen för att fungera effektivt. Vidare visar resultaten att det främst inom beroendevården arbetas aktivt och uttalat för att avstigmatisera den enskilde och befria denna från skam och skuld, även om psykiatrin också anser sig vara relativt avstigmatiserad.

Nyckelord: Samsjuklighet, beroende, psykisk ohälsa, samverkan, stigma.

## **Abstract**

Co-morbidity in the form of mental health problems and an addiction has become increasingly noticeable and commonplace, which places higher demands than ever on a functioning collaboration or integration between psychiatric- and addiction care amongst open care. The purpose of this study, in addition to highlighting the perceived scope of co-morbidity, is to identify existing collaboration and improvement areas through qualitative interviews with professionals from two different organizations within the two care areas. In addition, the purpose is also to see how staff within the two activities relate to what it means for clients and patients to be diagnosed with two stigmatized diagnoses. The theoretical frame of reference this study uses is the theory of collaboration and Goffman's theory of stigma, as well as previous research that concerns collaboration and co-morbidity. The data consists of four semi-structured interviews with professionals in the two care areas in a selected municipality. The result shows that all respondents perceive co-morbidity as widespread and extensive, and that the collaboration is appreciated and desirable - but requires both the motivation and the will of the staff to function effectively. Furthermore, the results show that it is primarily in addiction care to work actively and explicitly to de-stigmatize the individual and liberate it from shame and guilt, even if the actor within psychiatric care also considers itself to be relatively de-stigmatized.

Keywords: Co-morbidity, addiction, mental illness, cooperation, integration, stigma.

<b>1. BAKGRUND .....</b>	<b>4</b>
<b>2. SYFTET .....</b>	<b>5</b>

<b>3. FRÅGESTÄLLNINGAR</b>	<b>6</b>
<b>4. DEFINITIONER</b>	<b>6</b>
4.1 MISSBRUK, RISKBRUK OCH BEROENDE	6
4.2 PSYKISK OHÄLSA	8
4.3 SAMSJUKLIGHET	9
<b>5. TEORETISKT RAMVERK</b>	<b>9</b>
5.1 TEORIN OM SAMVERKAN	9
5.2 SAMVERKAN INOM VÄLFÄRDSORGANISATIONER	13
5.3 STIGMATEORI	14
<b>6. TIDIGARE FORSKNING</b>	<b>15</b>
6.1 SAMSJUKLIGHETENS OMFATTNING	16
6.2 SAMVERKAN OCH SAMVERKANSMETODER	16
<b>7. METOD</b>	<b>18</b>
7.1 DATAINSAMLING	18
7.2 URVAL	20
7.3 ANALYSMETOD	21
7.4 ETISKA ÖVERVÄGANDE OCH GDPR	22
<b>8. RESULTAT OCH ANALYS</b>	<b>23</b>
8.1 SYNEN PÅ PSYKISK OHÄLSA OCH MISSBRUK INOM RESPEKTIVE VERKSAMHET	23
8.2 STIGMATISERING	27
8.3 SAMVERKAN MELLAN PSYKIATRISK- OCH MISSBRUKSVÅRD INOM ÖPPENVÅRDEN	28
8.4 FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN	32
<b>9. SLUTSATS</b>	<b>34</b>
<b>10. DISKUSSION</b>	<b>34</b>
<b>11. REFERENSER</b>	<b>36</b>
<b>12. BILAGOR</b>	<b>39</b>
12.1 INTERVJUGUIDE BEROENDEVÅRD BILAGA	39
12.2 INTERVJUGUIDE PSYKIATRI BILAGA	41
12.3 INFORMATIONSBREV BILAGA	43

## 1. Bakgrund

Under november 2018 publicerade SVT ett avsnitt av sin dokumentärserie Uppdrag granskning vid namn ”Vem kan rädda Sanne?”. Detta avsnitt berörde hur individer som lider av samsjuklighet riskerar att skickas fram och tillbaka mellan landstinget och socialens

tvångsvårdsinsatser och i slutändan hamnar mellan stolarna och således ej får den hjälp och det stöd som är nödvändigt. En del av den problematiken som lyfts fram under programmet är att ingen inom respektive vårdområde egentligen har gjort något fel utan bara har agerat efter sitt handlingsutrymme – men lämnar mest en bitter eftersmak då individen med behov av hjälp slutligen skickas ut på gatan igen. Hur kan det få gå till på det sättet? Begreppet komorbiditet, eller samsjuklighet, avser beskriva det tillstånd en person som lider av mer än en sjukdom samtidigt befinner sig i (Nationalencyklopedin). Bland individer som söker hjälp för missbruk eller beroende har c.a. en tredjedel också en ångestsjukdom – och ännu fler än så lider av depression. Hos individer med ett narkotikamissbruk anses och anges dessa siffror vara ännu högre. Enligt Kunskapsguiden (2018) tyder statistik också på att bland individer som lider av ett missbruk eller ett beroende har, jämfört med övriga befolkningen, dubbelt så hög chans att någon gång under livet haft en psykiatrisk diagnos. En vanlig problematik som uppstår bland individer som lider av samsjuklighet av kombinationen missbruk och psykisk ohälsa är att det i många fall är rimligt att anta att dessa problem har tendenser att förstärka varandra och dess konsekvenser blir således allvarligare (Kunskapsguiden, 2018). Exempelvis menar Hagquist och Rydelius i sin rapport i Läkartidningen (2013) att det finns en nära koppling mellan psykisk ohälsa och alkohol och att kunskapen om detta samband är ett viktigt incitament för att utveckla förebyggande insatser i samhället (Läkartidningen, 2013). Professorn Fred Nyberg (2016) menar i likhet med Hagquist och Rydelius att majoriteten av såväl unga som vuxna individer som besöker beroendemottagningar i Sverige har en diagnos som indikerar psykisk ohälsa (2016). Mot bakgrund av att individer med ett alkohol- eller narkotikaberoende lider en högre risk att under livet utveckla psykiatriska diagnoser samt att individer som lider av samsjuklighet även har en förhöjd risk för självmordsförsök och självmord (SOU, 2011:223) aktualiserar och stärker detta ytterligare vikten av en fungerande samverkan mellan dessa olika vårdområden. Individer som lider av ett missbruk eller psykisk ohälsa riskerar även att stigmatiseras. Stigmat ökar markant om individen i fråga anses inneha dubbla diagnoser (Fahlke, et.al., 2012:207).

## 2. Syftet

Denna uppsats avser med hjälp av kvalitativa intervjuer med verksamma socialhandläggare och samordnare inom beroendevården samt enhetschefer inom den psykiatriska vården i Upplands Väsby kommun att skapa en djupare förståelse för den problematik som uppstår när patienten inom öppenvården lider av både psykisk ohälsa och ett missbruk samt dess omfattning. Studien avser belysa vilka svårigheter personer som samtidigt lider av dubbla

diagnoser, specifikt sådana som är stigmatiserande, upplever och hur dessa hanteras av yrkesverksamma inom landstinget och kommunen berörda vårdaktörer. Studien avser även undersöka hur synen på målgruppen skildras i respektive område, dvs. hur man inom psykiatrisk vård ser på en individ med ett missbruk och även hur man inom missbruksvården ser på en individ med psykisk ohälsa. En viktig faktor som är central i relation till uppsatsens syfte är att identifiera hur samverkan mellan de båda vårdområdena fungerar och att identifiera eventuella förbättringsområden.

### 3. Frågeställningar

- Hur vanligt förekommande är samsjuklighet inom missbruks- och psykiatrisk öppenvård i Upplands Väsby kommun?
- Vilka konsekvenser får synen på samsjuklighet inom respektive vårdområde?
- Hur påverkar synen på stigmatisering handlingsutrymmet och inställningen hos yrkesverksamma inom respektive verksamhet?
- Hur fungerar samverkan mellan missbruks- och psykiatrisk öppenvård?
- Hur kan samverkan förbättras?

### 4. Definitioner

#### 4.1 Missbruk, riskbruk och beroende

Detta stycke avser förklara och definiera de relaterade begreppen missbruk, riskbruk och beroende. Det allmänna språkbruket är viktigt att belysa, då detta är vad gemene man använder sig av, men det är än viktigare att påvisa likheter och skillnader inom sjukvården och socialtjänsten. Att bruka något är, av naturliga skäl, accepterat av samhället och ens omgivning. Att bruka legala substanser som exempelvis alkohol eller läkemedel är således ej stigmatiserande eller onormalt. Däremot om en individ går från bruk till missbruk – alltså

utvecklar en slags problematisk överkonsumtion, innebär detta att denna individ avviker från allmänheten eller normen. Ordet missbruk används i många olika sammanhang och kan innefatta en stor mängd olika betydelser. I det allmänna språkbruket kan ordet få en negativ laddning. Johansson & Wirbing (2005) menar att ordet till viss del är moraliserande och skuldbeläggande – särskilt när det används i samband med alkohol och narkotika. Som en förlängning av detta kan ordet missbrukare inneha en negativ klang, vilket kan förstärka eventuell stigmatisering, och associeras till utslagna individer med grava drogproblem. Skillnaden mellan alkoholbruk och alkoholmissbruk varierar beroende på vem det är som konsumerar alkoholen och vilka konsekvenser brukandet får. Däremot uppstår det en svårighet när det gäller narkotikabruk. Sverige har en så kallad noll tolerans gentemot all icke-medicinsk hantering av narkotika vilket innebär att all icke-medicinsk narkotika är kriminaliserad och drogerna är illegala. Detta betyder således att det ej, per definition, existerar något legalt bruk av narkotikaklassade substanser i Sverige. Alltså får allt narkotikabruk ses som ett missbruk (2005:21-22). Denna studie avser specifikt en problematisk överkonsumtion av alkohol- och narkotika när vi talar om missbruk och inte exempelvis spel- eller sexmissbruk.

När man talar om problematisk användning av alkohol är det vanligt att använda begreppet riskbruk. Nivån för riskbruk varierar mellan länder, men i Sverige anges att konsumera 168 gram alkohol för män respektive 108 gram för kvinnor under en vecka innebära ett så kallat riskbruk (Johnson et.al., 2017:15). Detta motsvarar 14 standardglas per vecka för män eller 9 standardglas per vecka för kvinnor (Sternebring, 2012:.46). En kritik som riktas mot riskbruks-begreppet är att detta kartlägger och räknar konsumtion över en tidsperiod på en vecka och således ej har eventuell intensivkonsumtion, alltså att man konsumerar mycket men under få tillfällen, i åtanke (Johnson et.al., 2017:15).

Den medicinska definitionen av beroende syftar till ett tillstånd som kännetecknas av överdriven användning av ett medel, vilket kan medföra sociala problem, omdömeslöst risktagande, legala problem samt fortsatt användning trots dessa problem. Utöver dessa kan det även vid utvecklandet av ett beroende tillkomma exempelvis toleransutveckling, abstinenssymptom samt en stark önskan och misslyckade försök att kontrollera eller bli av med beroendet (Johnson et.al., 2017:15). Ordet beroende är mer neutralt menar Johansson & Wirbing (2005) och skuldbelägger inte individen på samma sätt. Om missbruk avser ”lägga skulden” hos brukaren så avser begreppet beroende snarare skuldbelägga drogen eller alkoholen. Beroendebegreppet är inte nytt men har på senare år blivit mer allmänt känt tack

vare exempelvis tolvstegsmodellen som lägger mycket vikt vid att alkoholism och annat drogberoende är en sjukdom. Även världshälsoorganisationen (WHO) erkänner alkoholberoende som en sjukdom (Johansson & Wirbing, 2005:23).

#### 4.2 Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett sammanfattande begrepp som avser inkludera såväl mindre allvarliga psykiska problem som mer allvarliga symptom som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos. Psykiska besvär innebär bl.a. tillstånd av nedsatt välbefinnande i samband med psykisk obalans så som exempelvis oro, ångest eller sömnsvårigheter. Dessa besvär kan i olika grad påverka funktionsförmågan. Psykiatriska tillstånd innebär däremot en allvarlig psykisk ohälsa (Kunskapsguiden, 2016). Ett problem som uppstått kring diskussionen gällande sjukdomsbegreppet psykisk ohälsa är att det är psykiatrisk synvinkel inte finns någon tydlig skarp gräns mellan sjukt och friskt. Det är helt enkelt inte möjligt att göra samma klara skiljelinje som det är vid många former av kroppslig sjukdom utan blir istället en bedömningsfråga. Yrkesverksamma inom psykiatrisk vård får därför omdömesgillt uppskatta symptomens svårighetsgrad, graden av lidande och graden av påverkan på funktionsförmågan hos klienten. Detta innebär att gränsen till sjukdom i praktiken passeras när yrkespersonen bedömer att så skett (Herlofson, 2014:22-23). Två verktyg yrkesverksamma använder för att göra denna bedömningen är bl.a. ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) och DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders).

Diagnoserna missbruk (eller skadligt bruk), alkoholberoende och olika psykiska diagnoser ställs i enlighet med kriterierna för ICD- eller DSM-systemen som kommer definieras kort här nedan. Den internationella sjukdomsklassifikationen ICD är en statistisk klassifikation innehållandes diagnoskoder för att underlätta arbetet med att gruppera sjukdomar och dödsorsaker (Socialstyrelsen, 2018). DSM anses vara det mest utbredda systemet för att kategorisera psykiatriska sjukdomar och tillstånd (Folkhälsomyndigheten, 2018).

I Sverige använder man sig inom vården av den senaste versionen av respektive system nämligen ICD-10(-SE) samt DSM-5. När det gäller underlag för att bedöma huruvida en individ har utvecklat ett alkohol- eller narkotikaberoende finns det ett antal kriterier som skall ”uppfyllas” under loppet av en sammanhängande tolv månadersperiod. DSM-5 har sju kriterier, ICD-10 har sex kriterier varav minst tre skall ”uppfyllas” för att individen skall tilldelas en beroendediagnos. Dessa kriterier berör bl.a. toleransökning, abstinensutveckling,



kontrollförlust och att ens sociala liv, arbete och fritid försummas (Sternebring, 2012:48). När det gäller kriterier för psykisk ohälsa beror dessa helt och hållet på diagnosen i fråga.

#### *4.3 Samsjuklighet*

Samsjuklighet, eller komorbiditet, innebär att en individ uppfyller diagnostiska kriterier, enligt ICD-10 eller DSM-V, för två eller flera sjukdomstillstånd simultant. Därav brukar samsjuklighet även benämnas som dubbla diagnoser. Denna studie syftar med begreppet samsjuklighet till individer med ett utvecklat beroende och en samtidig förekomst av andra psykiatriska sjukdomstillstånd. Hos en del personer kan ett missbruk i sig vara en anledning till att psykisk ohälsa har utvecklats medan hos andra föreligger psykisk ohälsa utvecklandet av ett missbruk. Det komplexa förhållandet mellan psykiatriska sjukdomstillstånd och missbruk innebär en förhöjd risk för utvecklingen av ett ännu sämre förlopp och tillstånd. Detta förstärker vikten av att individer med denna sortens problematik uppmärksammas tidigt och erbjuds en samtidig och samordnad behandling som innefattar insatser för såväl missbruket som den psykiska ohälsan (Fahlke, et.al., 2012)

## 5. Teoretiskt ramverk

I relation till denna studies frågeställningar och den insamlade datan kommer här teorier om samverkan och stigmatisering som sedermera kommer användas för att analysera och förklara utfallet av empirin.

### *5.1 Teorin om samverkan*

Samverkan som sådant är ej en sammanhängande teori men mot bakgrund av studiens syfte går det att på ett relevant sätt teoretisera kring fenomenet. I samband med ett tydligt förändrings- och utvecklingsarbete inom det svenska välfärdssystemet har begreppet samverkan blivit allt mer vanligt. Axelsson (et. al., 2013) menar att samverkan brukar förklaras genom att man verkar tillsammans eller försöker åstadkomma eller uträtta något gemensamt. Inom välfärdssystemet innebär detta att man behöver samarbeta över olika disciplinära, professionella eller organisatoriska gränser – men kan även innebära att man behöver överskrida gränser mellan olika samhälls- eller vårdsektorer. Dessa olika former av

samverkan anses kumulativa eftersom de olika samhällssektorerna består av olika organisationer eller verksamheter och då i förlängningen innebär att en intersektionell samverkan inkluderar interorganisatorisk samverkan. Detta kan enligt Axelsson även innebära och inkludera en samverkan mellan olika discipliner eller kunskapsområden (Axelsson et. al., 2013:18).

Vidare menar Axelsson att samverkan har flera (relativa) synonymer, så som exempelvis samarbete eller samordning. Ett övergripande begrepp som används inom såväl svensk som internationell litteratur om samverkan är integration. Integration brukar vanligtvis förklaras på två traditionella och grundläggande sätt; nämligen marknad eller hierarkiskt. En hierarkisk, eller vertikal, integrering innebär att de högre nivåerna inom en organisatorisk struktur, styr de lägre. Integrering på en marknad är ett resultat av olika aktörers konkurrens. Det finns däremot även ett tredje sätt att uppnå integration; nämligen med hjälp av ett nätverk. Denna integrering brukar kallas horisontal och innebär att inom ett nätverk sker integrering eller samverkan genom frivilliga kontakter och kommunikation mellan olika aktörer (ibid, 2013:19).

Samverkan avser beskriva det samarbetet som sker, såväl inom som, mellan olika organisationer. Thylefors (2007) menar att samverkan således kan appliceras på dels kärnverksamheter som använder sig av underleverantörer, exempelvis om en organisation tar in extern assistans för att fylla en befintlig kunskapslucka, men samverkan i relation till denna studie avser samverkansformer mellan så kallade ”vårdgrannar”. Genom att koppla ihop kompetens och liknande resurser kan man förutsätta effektivare insatser (Thylefors, 2007:57).

Thylefors menar i relation till detta att formell samverkan av detta slag har ökat i samband med att även klyftan mellan behov och resurser har ökat. Då resurserna minskar finns det ett ökat fokus hos verksamheter att renodla kärnverksamheten och avlägsna mindre nödvändiga insatser – något som i förlängningen innebär att mer periferer aktivitet hänvisas till andra. En annan konsekvens av denna klyftan blir att verksamheter använder sig av målprecisering – eller en tydligare arbetsfördelning och specialisering. Målprecisering innebär i princip att man avgränsar den målgrupp man som verksamhet är ansvarig för. Konsekvensen av detta blir förvisso att kraven på verksamheten minskar men främst att antalet individer som faller mellan stolarna ökar. (ibid, 2007:58). Vikten av att som grupp ha ett mål att arbeta efter går ej att förbise. Nilsson (1993) menar att utan syfte eller mål har arbetsgruppen varken mening eller relevans och skulle således sakna tydlig inriktning på handlingar och skeenden. Uttalade

mål handlar ofta om en yttre målsättning medan uttalade eller inre mål mer anser att motivera gruppen och främja sammanhållning. Mål fungerar som en referenspunkt och styr gruppens handlingar. Utifrån dessa mål avgör man vilka medel och metoder som är mest lämpliga för att nå det utsatta målet. Nilsson menar fortsatt att alla grupper har ett eller flera mål som kan vara uttalade, outtalade, medvetna, omedvetna, tydliga, otydliga, gemensamma eller individuella. Tydliga mål får alltså anses vara centrala för arbetsgrupper. Problematiken som dock kan uppstå blir när det är två, eller flera, olika verksamheter eller arbetsgrupper med olika målsättningar skall samarbeta och detta kan, som tidigare nämnt, leda till att patienter och klienter faller mellan stolarna (Nilsson, 1993:31,35).

Samverkan skall alltså ses som en naturlig del i arbetet med individer som besitter behov som ej kan täckas inom enbart en verksamhet. Samarbete över organisationsgränser är enligt Thylefors (2007) dock inget nytt fenomen utan har en lång historia men har främst skett på enskilda medarbetares egna initiativ och med ett tydligt brukarfokus. Detta samarbete, menar Thylefors, har tidigare skett med hjälp av främst personliga kontakter, och förutsätter att den professionella har en personlig drivkraft och besitter ett brett nätverk av relevanta kontakter. En sådan informell, eller spontant, samverkan anses traditionellt vara vanligare förekommande i mindre kommuner där det ej finns en formell samverkanstanke. Formella samverkansinitiativ har ett tydligare motiv och avser försäkra sig om att samverkan kan garanteras utan att behöva bygga på personliga kontakter – trots att vissa utvärderingar tyder på att förtroendefulla personliga kontakter är en fördel när det gäller samverkan (Thylefors, 2007:56-59).

Däremot menar Axelsson (2007) att det dock finns ytterligare svårigheter och hinder när det gäller samverkan. Strukturella hinder kan exempelvis vara att verksamheterna eller vårdområdena agerar efter olika regelsystem, lagar och förordningar än varandra. Även finansieringssystem med olika budgetar och ansvarsområden samt förekomsten av olika informationssystem och databaser kan tolkas som strukturella hinder. Axelsson menar att dessa kan innebära problem då den verksamheten som står för huvudansvaret för den enskilde även blir ekonomiskt ansvarig för individen – något som i förlängningen kan innebära att hårt utsatta verksamheter ej har möjlighet att erbjuda vissa alternativ. Även viljan att skriva över den enskilde på den andra verksamheten kan uppstå som en konsekvens av detta (Axelsson et al., 2007:22).

Utöver strukturella hinder kan det även existera så kallade kulturella hinder. Dessa kan enligt Axelsson delvis kopplas till strukturella hinder, på så sätt att olika regelsystem kan innebära att verksamheterna ser på patienterna på olika sätt. Detta anses vara ett kulturellt hinder då denna variation av syn på klienter eller patienter ofta förankras och förstärks av skillnader i utbildningsbakgrunden hos de som arbetar med de olika målgrupperna. Fortsatt menar Axelsson att kulturella hinder i förlängningen kan förklaras med andra skillnader mellan professionella och organisatoriska kulturer – exempelvis befintliga attityder och värderingar inom respektive område och innebörden av hur de olika vårdområdena benämner sin målgrupp; alltså hur språkbruket ser ut. Inom psykiatrin kan det vara vanligare att tala om en patient medan inom missbruksvården kan det vara vanligare att benämna målgruppen som klienter eller brukare (ibid, 2007:22).

En annan svårighet som Axelsson menar är kopplat till såväl strukturella som kulturella förhållanden, kan vara utvecklandet av ett så kallat revirbevakande beteende. Professionella, såväl chefer som gräsrotsbyråkrater, inom olika verksamheter är ansvariga för ett avgränsat verksamhetsområde. Samverkan med andra verksamheter utmanar dessa avgränsningar och kan få konsekvensen att chefer och andra yrkesverksamma i så stor mån som möjligt avser ”försvara” sig själv och sina medarbetare inom samma yrkesroller. Det finns även en problematik gällande kortsiktiga förluster kontra långsiktiga vinster. Det kan vara svårt att motivera visst handlingsutrymme utifrån en ansträngd budget, även om resultatet av insatsen i längden skulle visa sig vara lyckad (Axelsson et, al., 2007:22).

Utöver detta är det, för att tydliggöra svårigheter gällande att utveckla ett effektivt samarbete mellan olika verksamheter, viktigt att förstå hur en organisation styrs. Inom människobehandlande organisationer generellt, och socialt arbete specifikt, är ens handlingsutrymme och möjligheter, enligt Axelsson, begränsade av de tidigare nämnda strukturella hindren så som lagar, policys och ramverk. Axelsson menar att individer inom en verksamhet kan besitta viljan och motivationen att erbjuda en bred arsenal av tillvägagångssätt för att bistå med hjälp – men kan sakna utbildningen, verktygen eller handlingsutrymmet att göra just detta. Det existerar också en fråga om kostnaderna för verksamhetens handlingsutrymme då offentliga verksamheter, enligt Axelsson, i allra högsta grad styrs av tilldelade resurser. Denna ständiga kamp mot utsatt budget kan leda till att verksamheter tar beslutet att vidarebefordra patienter eller klienter till ett annat vårdområde pg.a. bristande resurser (ibid, 2007:23) – något som i längden kan innebära att dessa riskerar att hamna mellan stolarna eller upplever situationen som att de ej blivit sedda, hörda eller förstådda i sin problematik.

### 5.2 Samverkan inom välfärdsorganisationer

Det kan även, som nämnt ovan, finnas ett tydligt mål att specificera och avlägsna ”mindre nödvändiga insatser” för att på så sätt effektivisera sin egen verksamhet. Fördelen med detta blir enligt Axelsson således att den egna verksamheten fokuserar på sitt eget område och kan erbjuda specialiserad hjälp inom detta – men konsekvensen blir att om klienter med en bredare problematik exempelvis söker hjälp är det svårt att tillgodose denna. Detta menar Axelsson i sin tur förutsätter att det istället finns möjlighet till samverkan med andra vårdgrannar eller relevanta verksamheter (ibid, 2007:39-41). Den svenska välfärdsstaten definieras av en hög grad av institutionell fragmentisering. Detta innebär enligt Axelsson att varje myndighet endast har ansvar för den målgrupp som faller inom ramen för organisationens formella uppdrag. Inom välfärdsområdet formuleras målgruppens rättigheter genom sociallagstiftningen. Rätt till stöd, service och ekonomisk ersättning i samband med en utsatt livssituation är centrala rättigheter som välfärdsstaten har i uppgift att erbjuda assistans gällande. Organisationer och verksamheter inom detta område måste därför kontinuerligt stämma av med sin omgivning och på en högre nivå hierarkiskt att de ligger i linje med centrala politiska, sociala och kulturella värderingar. (Axelsson, et.al., 2007:42-44).

Om kommunen eller landstinget bedömer att den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården skall dessa samarbeta och formulera en individuell plan. Planen kräver samtycke av den enskilde och skall upprättas och påbörjas utan dröjsmål. Planen skall innefatta vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget och slutligen vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. Detta är sedan 2010 lagstadgat enligt socialtjänstlagen (SoL 2 kap. 7§) samt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 3f§). Axelsson (2013) menar att människohanterande organisationer måste, genom att identifiera t.ex. den hjälpsökandes sjukdom eller rehabiliteringsbehov, bedöma och konstruera individen till klient. Den yrkesverksamma kan enbart ta hänsyn till de aspekter av individens situation som är i enlighet med organisationens regler och uppdrag (Axelsson et.al., 2013:40).. Med hjälp av exempelvis procedurregler, arbetsmanualer och övriga verktyg klassificeras klienten och blir till ett så kallat ”fall”. Handläggaren har allt som oftast ett betydande handlingsutrymme att fatta beslut gällande klienten. Däremot menar Axelsson att individens problem ofta kan vara svåra att bedöma och dennes behov kan variera från träff till träff. Fortsatt menar Axelsson att, inom människohanterande organisationer specifikt, relationen mellan handläggare och klient det absolut viktigaste arbetsmedlet. En principiell problematik

som kan uppstå mot bakgrund av detta och i samband med samverkan är att olika myndigheter och handläggare – som av naturliga skäl kan ha olika relation med, och uppfattning av, klienten, skall komma fram till en gemensam klientkonstruktion (ibid, 2013:40-41).

### *5.3 Stigmateori*

Goffman (2014) har utformat teorin kring stigma och syftar med begreppet beskriva en slags avvikelser. Goffman menar att det är samhället och kontexten man befinner sig i som avgör hur och efter vilka premisser människor delas in i olika kategorier - mot bakgrund av vad som anses "normalt" eller naturligt för medlemmarna inom dessa kategorier. Goffman menar att människan ständigt bedömer individer i sin omgivning och att det är först när en individ inte passar in, eller uppfyller de krav eller kriterier vi indirekt ställer på eller förväntar oss av våra medmänniskor, som vi blir medvetna om att vi förväntat oss detta utav individen i fråga. Här särskiljer Goffman på två slags identiteter; en individs virtuella (skenbara) identitet och den faktiska sociala identiteten, där den virtuella skenbara identiteten är den vi som utomstående tillskriver individen via våra intryck, och den faktiska sociala identitet är den som faktiskt visar sig vara förbunden med individen. Upptäckten av en så kallad djupt misskrediterande egenskap, eller en negativ diskrepans, innebär att om individen visar sig besitta avvikande egenskaper som gör hen olik, eller "onormal", de andra inom dennes kategori, riskerar denna att bli kastmärkt och utstött. Att stämpas på detta sättet innebär enligt Goffman alltså ett stigma (Goffman, 2014:9-10).

Termen stigma avser i detta sammanhang alltså att benämna avvikande egenskaper som är misskrediterande men Goffman menar att detta egentligen handlar om relationer snarare än egenskaper. I vissa sammanhang eller miljöer kan egenskaper som anses bidra med ett stigma hos "allmänheten" istället agera som bekräftelse för exempelvis gruppstillhörighet. Detta förstärker således vikten av relationer.

Goffman menar att det finns tre signifikanta typer av stigma; kroppsliga missbildningar, fläckar på karaktären och stambetingade stigma – varav denna studie fokuserar på det stigma som benämns fläckar på karaktären. Fläckar på karaktären kan enligt Goffman innebära exempelvis sånt som anses tyda på viljesvaghet eller uppslukande och onaturliga lidelser. Även fängelsevistelser, alkoholism, psykisk ohälsa och dylikt innebär så kallade fläckar på karaktären (ibid, 2014:12). Alltså innefattar denna typ av stigma sånt som anses "onormalt" i relation till vad som förväntas av majoriteten av samhällets medborgare. Utöver detta menar Goffman att det existerar två typer av stigmatiserade individer, nämligen;

misskrediterad och misskreditabel. Misskrediterad i detta sammanhang innebär att den stigmatiserade individen tror och tar för givet att dennes omgivning är medveten om stigmat. Individens uppfattning är att denna diskrepans (avvikelse från det ”normala”) är uppenbar för sin omgivning och agerar utefter detta. Misskreditabel innebär istället att individen är av uppfattningen att omgivningen inte ser, känner till eller är medvetna om diskrepansen. Detta är viktigt att uppmärksamma då det påverkar individers handlingsutrymme eller vilja att förändra eller förbättra sin livssituation – om detta är målet. Goffman menar även att en individ inte bestämt måste tillhöra enbart misskrediterad eller misskreditabel utan att detta är något som kan variera i olika sammanhang eller att individen kan tillhöra först den ena och sedan den andre under sitt liv (ibid, 2014:12). Det sociala samspelet och relationer, som vi tidigare lyft som centralt, mellan den så kallade stigmabäraren och ”de normala” skiljer sig således beroende på om den stigmatiserade anser sig vara misskrediterad eller misskreditabel. Den misskrediterade individens stigma är alltså uppenbar för omgivningen och ”den normala individen” och kan leda till obekväma situationer. Konsekvensen av detta blir att den stigmatiserade individen, för att desarmera situationen, måste samverka med ”de normala” – i ett försök att lyfta fram sitt eget värde ”trots” sitt stigma, eller genom att ytterligare förstärka sitt utanförskap i ett försök att vidare separera sig från sin omgivning. Den misskreditabla individens stigma skiljer sig på flera sätt. För en individ vars stigma ej är uppenbart för omgivningen är det centralt att fortsätta hålla denna misskreditabla egenskap gömd. Individer med denna typ av stigma, menar Goffman, till viss mån själva får bestämma om och när de vill uppdaga sitt stigma eller ej (ibid, 2014:43, 51-52).

## 6. Tidigare forskning

Efter att ha sonderat terrängen bland tidigare forskning blir det snabbt uppenbart varför denna, och tidigare, studier är relevanta för socialt arbete – men också samhället i stort. Mycket tyder på att det finns ett samband mellan en ökad risk för utvecklandet av ett missbruk i hos individer med psykisk ohälsa och samtidigt en ökad risk hos individer med ett missbruk att utveckla psykiska problem. Kombinationen av psykiska problem och missbruk leder till allvarigare konsekvenser Detta framhäver således vikten av en fungerande samverkan mellan de båda vårdområdena. Sökning efter tidigare forskning gjordes främst på Söder scholar och innehöll sökord som exempelvis: samverkan, co-operation, integration, samsjuklighet, missbruk + psykisk ohälsa, double diagnosis, komorbiditet, comorbidity, addiction, mental health, stigma, case-management och samordnad individuell plan.

### *6.1 Samsjuklighetens omfattning*

Det har internationellt sett formulerats en del forskning gällande omfattningen av samsjuklighet. Riskbruk av alkohol har enligt dessa haft en negativ påverkan hos individer med psykiska diagnoser, men viss forskning tyder på att även ett lågt alkoholintag kan påverka bland annat dels patienters villighet att söka hjälp mot sin problematik men att detta även tenderar att öka bi-effekter av antidepressiv medicin. Riskbruk av alkohol ses även, enligt dessa studier, som en riskfaktor i relation till att bota eller bearbeta sin psykiska ohälsa. (Barry, et.al., 2006, Goldstein, et.al., 2006, McDermut, et.al., 2001). Inom exempelvis psykiatrisk akutvård i London har man funnit ett riskbruk av alkohol hos 49% av patienterna (Barnaby, et.al., 2006).

Forskning visar också på vikten av att fånga upp individer som riskerar att utveckla en samsjuklighet tidigt. Karolinska institutet och Lunds universitet undersökte alkoholvanor hos c.a. 1000 patienter inom primärvården med diagnosen mild eller medelsvår depression. Resultaten visar att jämfört med befolkningen i övrigt att denna patientgrupp allt som oftast hade ett förhållande till alkohol som kan klassas som riskbruk, specifikt hos männen som tillfrågades – men det gick även att se bland de kvinnliga respondenterna. Studiens projektledare, Agneta Öjhagen, föreslog i samband med detta att det bör vara rutin på vårdcentraler runt om i landet att även fråga patienter som söker för specifikt depression om deras alkoholvanor (Åhlin, et.al., 2015).

Även annan forskning har försökt uppmärksamma vikten av att identifiera och informera patienter inom den psykiatriska öppenvården angående riskbruk. Dessa patienter hade en stor variation av diagnoser, inte enbart affektiva störningar. Genom att dela ut frågeformulär gällande deras alkoholvanor till patienter vid den psykiatriska öppenvården i Skåne kunde man identifiera vilka patienter som ansågs uppvisa ett riskbruk. Dessa delades sedermera upp i två grupper varav ena gruppen fick behandling i form av intervention och den andra lämnades som kontrollgrupp. Resultaten visar på att efter ett halvår hade gruppen som fick behandling minskat sitt riskbruk i relation till kontrollgruppen. Detta tyder således på vikten av att informera och erbjuda hjälp när patienter med en psykisk problematik även har ett riskbruk (Eberhard, et.al., 2015).

### *6.2 Samverkan och samverkansmetoder*



Det har formulerats en del tidigare forskning gällande samverkan mellan socialtjänsten och andra vårdområden. Eliasson (et.al., 2010) lyfter bland annat hur missbruksvården specifikt är ett gemensamt ansvar mellan socialtjänsten och vårdcentralen. Vidare menar Eliasson att det finns få invändningar mot samverkan och att det överlag anses som ett ändamålsenligt sätt att utföra människobehandlande arbete på och att samverkan från statligt håll betonas och betraktas som en viktig del i arbetet med att erbjuda stöd utifrån ett helhetsperspektiv. Som en förlängning av detta menar Eliasson att samverkan uppfattas som ett resurstillskott och att man med hjälp av samverkan uppnår mer än om varje aktör arbetar enskilt. Trots denna uppfattning om att samverkan skulle vara en positiv företeelse lyfts utvärderingar fram där samverkan i praktiken inte har fungerat på ett tillfredsställande sätt (Eliasson, et.al., 2010). Även Fridell (et.al., 2015) har i sin utvärdering av implementeringen av socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevård kommit fram till liknande resultat och lyfter fram vikten av att verksamhetens ledning var engagerad och stödjande redan tidigt i implementeringsprocessen och att samtlig personal känner sig bekväm med- och att de behärskar de samverkansmodeller som appliceras inom verksamheten (Fridell, et.al., 2015).

Viss forskning lyfter fram vikten av så kallade case managers. En case manager är någon som arbetar med klienter med en variation av problematik och fungerar som en slags spindel i nätet. Case managern har i uppgift att främja samverkan då denne är ansvarig för kontakt mellan olika vårdområden på uppdrag av klienten. Studier tyder på att case managers bidrar med stöd på ett tydligare sätt, då Case managers syfte är att organisera olika vård- och sociala stödinsatser till en fungerande helhet för den enskilde patienten och på så sätt bistå med en behovsanpassad helhetslösning i den nuvarande fragmenterade vården som är uppdelad och kan vara svår för en individ med en missbruks- eller psykisk problematik (Beckman & Ekermo, 2008, Framme, 2008).

Det finns ytterligare forskning av bl.a. Lundgren (et.al., 2013) som lyfter fram för och nackdelar med en integrerad missbruks- och psykiatriskvård. Några fördelar som tas upp är bland annat att en integrerad vård hade kunnat förstå den mångfacetterade problematik som dubbla diagnoser innebär, att man i en integrerad vård har en förhöjd chans att snabbare kunnat få bukt med problemen då specialister och kliniker kan samarbeta effektivare om de befinner sig inom samma verksamhet. En nackdel som lyfts fram är bristen på evidensbaserad forskning som visar på att detta faktiskt skulle fungera i praktiken och att det kan vara svårt

att applicera detta tänk då såväl missbruk som mental ohälsa är breda begrepp och hade ställt höga, om inte omöjliga, krav på de inom verksamheten (Lundgren, et.al., 2013).

En annan metod som får anses vara en typ av samverkan är SIP, samordnad individuell plan. En SIP innebär att verksamheter som verkar under två olika huvudmän, exempelvis kommun och landsting, möts för att säkra att den enskilde får god vård samt omsorg. Denna plan skall innehålla eventuella behov av insatser från flera samhällsorgan och ansvaret för dessa insatser delas upp mellan såväl huvudmän som andra aktörer (Esbjörnson, et.al., 2013:38,51). En studie som närmre undersökte utförandet av SIP visar på vikten av engagemang, koordination och stöd mellan verksamheterna. Viss problematik som vidare nämns är att deltagarna vid dessa SIP-möten ofta saknade mandat att fatta formella beslut vilket exempelvis innebär att en mängd förslag på stödåtgärder kan lyftas fram men i slutändan inte utföras (Matschecks, et.al., 2018:13).

## 7. Metod

För att samla in empiri har denna studie använt sig av kvalitativ datainsamling. Detta stycke avser beskriva denna process samt att redogöra för respondenter och etiska förhållningssätt.

### 7.1 Datainsamling

Kvalitativa och kvantitativa studier har olika styrkor och svagheter. En specifik styrka för kvalitativa studier är det djupa och den detaljförståelse denna erbjuder. En nackdel däremot kan vara att resultatet bli för överskådligt och allt för detaljerat. Kvantitativa studier har fördelen att den undersöker många enheter och erbjuder en möjlighet att generalisera resultatet. En nackdel kan däremot vara att informationen man samlar in kan vara allt för ytlig och att man riskerar att få ett stort analytiskt avstånd från de enheter man önskar undersöka, något som riskerar att minska förståelsen för dessas egentliga situation (Jacobsen, 2016:87). Rennstam & Wästerfors (2017) menar att kvalitativ metod är skapad och används för att förstå social interaktion och även vad olika samhällsrelaterade fenomen betyder i olika sammanhang och i relation till hur dessa har skapats samt att identifiera bakomliggande mekanismer. Vidare menar de att kvalitativ metod utvecklades för att ytterligare utforska sådant som ej går att mäta i siffror – eller kvantitativt. Kvalitativa studier avser alltså inte att mäta hur mycket eller hur många individer som påverkas av något utan snarare till att

identifiera individuella nyanser. Vi avser alltså med hjälp av en kvalitativ metod inte att finna ett resultat som är generaliserbart för hela befolkningen, eller ens en specifik målgrupp, utan fokus ligger således istället på att identifiera individens egna uppfattning om situationer och det medföljande bemötandet (Rennstam & Wästerfors, 2017). Kvalitativ metod går även att benämna som intensiv design. Intensiv design, menar Jacobsen (2016) avser fördjupa kunskapen om ett speciellt område, fenomen eller fall. När man använder sig av kvalitativ data önskar man alltså gå på djupet och man måste således avgränsa sig och studerar därför få enheter. Tillvägagångssättet kallas intensivt då man fokuserar på dessa få enheter under en koncentrerad tidsperiod (Jacobsen, 2016).

Kvalitativ data är alltså att betrakta som data i form av ord, meningar och uttryck. För att samla in sådan data behöver man således använda sig av en öppen metod där man som undersökare vill styra eller påverka den information man avser samla in så lite så möjligt. Den eller de man önskar undersöka måste få uttrycka sig på sitt eget sätt och med egna ord. Eventuellt strukturering (sortering, reducering) görs först i samband med analysarbetet. För att samla in denna ovan nämnda empiri använder sig denna studie av öppna intervjuer. Enligt Jacobsen (2016) lämpar sig öppna intervjuer när man dels är intresserad av vad människor säger men också när man är intresserad av hur människor tolkar och förstår ett visst fenomen (2016:98). Vanligtvis väljer man mellan grupp- eller individuella intervjuer och denna studie använder sig av båda. Gruppintervjuer har styrkor i sig, i exempelvis form av fokusgruppsintervjuer, men de har även tydliga nackdelar. En styrka kan vara att undersökningsobjekten känner sig mer trygga och bekväma att tala öppet om sin problematik om de befinner sig i en grupp där alla delar problematiken. Däremot kan gruppdynamiken också spela in och påverka på ett negativt sätt genom att begränsa individernas vilja att dela med sig av sina upplevelser. Individuella intervjuer har också tydliga fördelar. Den intervjuade behöver exempelvis inte ta hänsyn till andra och kan således framföra sina uppfattningar och åsikter utan att påverkas av andra individers närvaro. En annan fördel med individuella intervjuer är att man kan bli lite mer intim och förhoppningsvis skapa en tillit och en förtroendegivande relation till den man avser intervjuas – något som förhoppningsvis innebär en ökad öppenhet och att den intervjuades individuella uppfattningar och åsikter framkommer på ett tydligt och representativt sätt (ibid, 2016:99).

Kontexteffekten, eller sammanhanget som intervjun utförs i, är något som har tagits i åtanke under intervjuerna. Jacobsen menar att en så naturlig miljö för intervjuobjekten som möjligt är

att eftersträva. Genom att utföra intervjuerna på respektive intervjuobjekts arbetsplats kan vi säkerställa att dessa känner sig bekväma i sin miljö och den kontext de befinner sig i. Nevin (se *ibid*, 2016) menar att man generellt kan säga att man i onaturliga miljöer, exempelvis om intervjuerna hade ägt rum på ett café, tenderar att ge onaturliga svar. Däremot menar Jacobsen att det inte existerar helt neutrala kontexter och att oavsett kontext så måste man ha i åtanke att dessa påverkar den informationen man tillskansar sig under intervjun på ett eller annat sätt.

Ytterligare en aspekt man bör beakta är den om huruvida intervjuens syfte skall vara dolt eller öppet. Detta är relevant då det finns en risk att frågeställningen kan uppfattas som känslig eller bedömande inom respektive vårdområde. Om de dessutom redan vid förfrågan om att bli intervjuad skulle uppfatta frågeställningen som kritisk mot dennes vårdområde finns det en risk att de ej vill delta. Däremot är denna studies frågeställning inte så pass kritisk att detta skulle vara ett problem. Syftet med intervjun var öppet och studiens upplägg och syfte förmedlades redan vid första kontakten (*ibid*, 2016:103-104).

Utöver intervjuer använder sig denna studie även till en viss mån av källstudier. Inom källstudier anses källor eller dokument vara enheten (*ibid*, 2016). I denna studie består källstudierna av tidigare forskning, litteratur som berör teoribildning samt lagar som berör rättigheter för individer som har behov av vård hos verksamheter inom kommuner och hälso- och sjukvården.

## *7.2 Urval*

Intervjuerna utförs med professionella inom missbruks- och psykiatrisk öppenvård inom Upplands Väsby kommun för att få en så tydlig bild som möjligt av respektive vårdområdes inställning till samverkan och samsjuklighet. Då studien önskar identifiera eventuella förbättringsmöjligheter rådande samverkan mellan de båda vårdområdena är det naturligt att välja två verksamheter inom samma kommun. Kommunen valdes baserat på ett lämplighetsurval. De verksamheter som är tillfrågade är Beroendeenheten och Psykiatri Nordväst Upplands Väsby/Sigtuna. Intervjuerna ägde rum på respondenternas egna arbetsplatser. Dessa respondenter får, enligt Jacobsen (2016) anses vara informanter. I enlighet med den intensiva och kvalitativa metoden är det inte antalet undersökningsobjekt som är centralt utan det relevanta är att undersökningsenheterna kan ge bra och intressant

information i förhållande till frågeställningen. Urvalet bland dessa blir således styrt av syftet (ibid., 2016).

Individuella intervjuer utfördes med samordnare och socialsekreterare på Beroendeenheten och en gruppintervju med enhetschef och biträdande enhetschef utfördes på Psykiatri Nordväst. En av respondenterna är man, tre är kvinnor. I enlighet med Jacobsen, som menar att man inför dessa intervjuer bör sammanställa en intervjuguide, har en intervjuguide konstruerats och anpassats så den passar att intervju individer inom respektive vårdområde. Genom en intervjuguide kan vi säkerställa att vi berör samtliga relevanta teman (ibid., 2016:101). Intervjuerna var semi-strukturerade och frågorna som ställdes utgick från tre teman: missbruk, psykisk ohälsa och samverkan. Exempel på frågor som ställdes är bland annat: *”Hur förhåller ni er till patienter som lider av ett missbruk/psykiska besvär?”*, *”Skiljer sig den handlingsplan ni skapar tillsammans med klienten om ni uppfattar att patienten lider av exempelvis psykisk ohälsa/missbruk”* samt *”Upplever ni att de klienter ni har som lider av samsjuklighet får den hjälp de behöver, om inte er så av någon annan verksamhet?”* (Se 12. Bilagor) Intervjuerna tog mellan 35-50 minuter och har sedermera transkriberats och sorterats för att sedan tematiserats för att kunna presenteras under resultat och analys.

### 7.3 Analysmetod

Analysmetoden denna studie använt sig av är The constant comparative method som saknar ett svenskt namn men som brukar förklaras genom begreppet koda, sortera och summera. Namnet refererar till hur forskare under den kvalitativa analysprocessen ständigt jämför de mönster som hen hittills har uppmärksammat mot den nya datan som bearbetas och med tidigare forskning samt teoretiska begrepp och perspektiv. Denna metod delas vanligtvis upp i fyra steg:

1. Skapandet av provisoriska kategorier genom ständiga jämförelser av data
2. Förfinande och renodling av kategorierna
3. Kartläggning av relationer mellan kategorierna
4. Formulering och fixering av en övergripande struktur eller teori

Men har även benämnts något förenklat enligt följande tre steg:

1. Reduktion av data (kodning)
2. Presentation av data (tematisering)

### 3. Slutsatser och verifiering (summering)

Kvalitativ analys brukar benämnas som hermeneutisk och syftar då till filosofiska begrepp som "den hermeneutiska cirkeln-" eller "spiralen". Dessa metaforer menas förtydliga hur man ens tolkningar ska växa fram i en växelvis process mellan det man redan vet och nya observationer och erfarenheter. Kvalitativ analys är även iterativ, vilket innebär att den bygger på att man gör flera genomgångar av datamaterialet under resans gång (Hjerm et.al., 2016:33-35). Den insamlade datan i denna studie har alltså efter transkribering genomgått samtliga steg nämnda ovan för att sedermera resultera i resultat och analysdelen som följer.

#### *7.4 Etiska övervägande och GDPR*

Denna studie följer Vetenskapsrådets (2016) fyra forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Dessa skall försäkra att varje enskild deltagare i undersökningen ska garanteras individskydd och att de inte ska bli kränkta eller utnyttjade på felaktigt sätt. De fyra forskningsetiska principerna är: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och slutligen nyttjandekravet.

Informationskravet syftar till att forskaren har i uppdrag att informera de berörda av forskningen om den aktuella forskningsuppgiften, dess syfte och alla delar av studien som kan påverka deltagarens vilja att medverka samt att medverkan är frivillig och kan avslutas när som helst (Vetenskapsrådet, 2016:7-8) Respondenterna i denna studie har i enlighet med denna princip informerats om dess syfte, bakgrund, vilken typ av frågor och teman som skall beröras samt att medverkan är frivillig. Samtyckeskravet syftar till att varje medverkande själv beslutar över sitt deltagande i en undersökning (ibid, 2016:9-11) och inför intervjuerna inhämtades både muntligt och skriftligt samtycke, enligt GDPR-förordningen, från respektive respondent. Alla deltagare informerades även om att hela intervjun kommer dokumenteras genom ljudupptagning samt att de får ta del av studien när den är färdig.

Konfidentialitetskravet innebär att ingående och detaljerade uppgifter kring medverkande i en

undersökning ska ges största möjliga konfidentialitet. Personuppgifter ska förvaras på ett sådant sätt att enskildas medverkande inte kan urskiljas och identifieras av utomstående från studien (ibid, 2016:12-13). Respondenterna har informerats om att de kommer anonymiseras och att all information de delger är konfidentiell. Den sista principen är den om nyttjandekravet. Denna princip innebär att insamlade uppgifter kring medverkande individer endast får användas för forskningsändamål och att dessa inte får utlånas eller användas för icke-vetenskapligt bruk (ibid, 2016:14), något som försäkrats då informationen som forskningsansats enbart använts till denna studie.

Denna studie har dessutom enligt Södertörns Högskola (2018) sett över de nio kraven som ställs enligt den europeiska dataskyddsförordningen (General Data Protection Regulation, GDPR) tillsammans med kompletterande svenska lagar (Södertörns Högskola, 2018). Dessa efterföljdes bland annat genom att samtliga respondenter mottog ett informationsbrev (se 12.3 Bilaga) i samband med att de fyllde i samtyckesblankett.

## 8. Resultat och Analys

Detta stycke avser presentera studiens resultat och med hjälp av teorier och tidigare forskning analysera och förklara dessa i relation med syfte och frågeställningar.

### 8.1 Synen på psykisk ohälsa och missbruk inom respektive verksamhet

Respondenterna från missbruksvården är en socialsekreterare och en samordnare vid Beroendeenheten i Upplands Väsby och respondenterna från psykiatri är en tillträdande enhetschef och en enhetschef vid Psykiatri Nordväst Upplands Väsby/Sigtuna och kommer härnäst hänvisas till som respondenter. Om synen på samsjuklighet beträffande psykisk ohälsa och missbruk säger respondenterna följande:

*”Jag är inte utbildad inom liksom kliniskt arbete med patienter, men jag skulle säga att i princip alla har någon form av psykisk ohälsa. Sen om det orsakats av ett missbruk eller om man missbrukar för att man har det – det vet jag inte. Men nån form utav... det är min högst personliga icke-professionella åsikt, att jag tror att alla har någon form av psykisk ohälsa [...] man mår ju inte bra [...] Och ibland undrar jag om det är så viktigt att veta det. Utan att det handlar mer om att ta hand om båda delarna.”*

...

*”Där vi verkar så är det, tycker jag, mer vanligt än ovanligt. Det förekommer i rätt många fall, jag kan inte uppskatta en siffra, men det förekommer i fler fall än att det inte gör. (Än) att man har ett renodlat missbruk. Det hänger samman lite med att om man sipprar igenom systemet har man dragit på sig en del på vägen dit.”*

...

*”Det är inte så att man per automatik avslutas här för att det kommer upp att man har ett missbruk, det är vanligt att det (utöver psykisk ohälsa, reds. anm.) finns missbruk och beroende”*

Båda verksamheterna ser en tydlig relation mellan psykisk ohälsa och ett missbruk och anser att det är vanligt förekommande bland klienter och patienter. Inom beroendevården ser man en ökning av att personer med psykisk ohälsa söker hjälp för sitt missbruk. Som citaten här ovan visar på, så är uppfattningen inom samtliga verksamheter att samsjuklighet är ett omfattande problem. En respondent inom beroendevården menar att de *”ser en ökning av att personer med psykisk ohälsa kommer till oss”* och att *”jag tycker att jag har lärt mig under de här åren att det går inte att inte ta med psykisk ohälsa liksom.. jag kan inte.. det måste finnas med”*. Detta stöds av en respondent från psykiatrin som bekräftar detta genom att beskriva sin målgrupp *”många har dubbeldiagnoser, många har med (även ett) missbruk”*. Detta går i enlighet med tidigare forskning som menar att det är viktigt att identifiera och fånga upp individer som riskerar utveckla en samsjuklighet tidigt. Åhlin (2015) menar i linje med ovan citat att det jämfört med befolkningen i övrigt är vanligare att patienter inom primärvården med en depressions-diagnos har ett förhållande till alkohol som kan klassas som riskbruk. Även Eberhards (2015) studie menar att bland de patienter inom psykiatrisk öppenvård med ett identifierat riskbruk som fick behandling i form av intervention minskat sitt riskbruk i relation till den kontrollgrupp som ej fått möjlighet till intervention (Åhlin et. al., 2015, & Eberhards, et. al., 2015). Sambandet mellan den tidigare forskningen och denna studies resultat framhäver vikten av att identifiera samsjuklighet då individer som lider av dubbla diagnoser redan är utsatta – och att detta riskerar att få dubbla negativa konsekvenser som om det ej uppmärksammas kan få ännu allvarligare påföljder.

En problematik som visat sig uppstå i samband med samsjukliga patienter och klienter är att respektive verksamhet enbart är ansvariga för sitt eget område; eller som respondenterna inom beroendevården förklarar det:

*”Man är väl lite sig själv närmast tänker jag liksom, befinner jag mig som professionell i socialpsykiatrin så är det väl det som är mitt primära fokus och tycker kanske lite att det här är det viktigaste. Och nu när jag befinner mig på beroendeenheten så är väl det viktigast”*

...



*”Vi försöker hela tiden att bevaka vart gränserna för vårt uppdrag går, och är det en person som kanske har svårt att tillgodogöra sig en beroendebehandling för att det är annat som påverkar så försöker vi hela tiden att skapa utrymme för det”.*

Det är återkommande från samtliga respondenter hur man pga tid- eller resursbrist enbart kan fokusera på sitt egna område. En respondent från psykiatrin beskriver problematiken på följande sätt: *”om vi placerar nån på behandlingshem (och) det går på våran budget hur gör vi då? Ska vi avskeda två psykologer?”*. En respondent från beroendevården håller med om resonemanget kring budgetar och menar att om det finns ett beroende med i problembilden får Beroendeenheten alltid vara med och betala. Respondenten menar att det kan uppstå konflikter då de enbart har i uppdrag att hjälpa den enskilde att bli nykter och drogfri. När detta uppdrag är ”avklarat”, dvs. när den enskilde är nykter och drogfri menar respondenten att de inte längre är huvudsakliga aktörer för den klienten. *”Vi hävdar att den här personen har varit i över en månad på det här stället och är nykter och drogfri, då är det inte ett missbruks- eller beroenderelaterat problem här och nu”*. Respondenten menar att andra aktörer kan uppleva att beroendevården ska vara delaktiga under en längre tid. Detta går att förklara genom samverkansteorin som menar att i takt med att resurserna minskar måste man renodla kärnverksamheten och därmed hänvisar man mer periferera aktiviteter till andra. Detta innebär å ena sidan att kraven på verksamheten minskar men konsekvensen blir att fler individer riskerar att falla mellan stolarna (Thylefors, 2007:58). Detta går vidare att förklara genom strukturella och kulturella hinder inom organisationerna som enligt Axelsson & Axelsson (2007) menar att samverkan utmanar dessa befintliga avgränsningar och i förlängningen kan påverka personal inom de olika verksamheternas motivation och handlingsutrymme, även om resultatet av insatsen i längden skulle visa sig vara lyckad och önskvärd. Ett annat begrepp som blir relevant är det om det så kallade revirbevakande beteendet. Personal inom en verksamhet är av naturliga skäl mer lojala till sina kollegor än till personal från en annan verksamhet eller vårdområde (Axelsson, et.al., 2007:22).

Däremot menar respondenter från beroendeenheten att de, till viss del, använder sig av specialisttjänster och att de till följd av detta har en handläggare som också arbetar delvis med ekonomiskt bistånd medan den andre respondenten från beroendevården lyfter fram att mottagningens överläkare är specialist i psykiatri. Användandet av specialisering går att förklara med begreppet målprecisering som existerar inom samverkansteorin. Även här är dock bristen på resurser central. Alla verksamheter har inte möjligheten att ta in

underleverantörer eller anställa personal med bredare kunskaps- och utbildningsområde trots att man genom att koppla ihop kompetens kan förutsätta effektivare insatser (Thylefors, 2007:58). Dessutom stärks detta av tidigare forskning som menar att integrerad vård, i form av specialister, har en förhöjd chans att snabbare få bukt med problemen då kompetensen finns inom verksamheten (Lundgren, et.al., 2013). Som en konsekvens av detta menar en respondent från beroendevården att det uppstår en problematik baserad på att det inom verksamheten saknas just kompetensen att på ett korrekt sätt göra en fullständig bedömning av klienterna:

*”Vi kan bara göra bedömningen utifrån hur vi tycker att personen har förutsättningar för att tillgodogöra sig behandling. Sen får sjukvården stå för förutsättningarna utifrån de psykiatriska och fysiska bedömningarna.”*

Detta kan i sin tur innebära att respektive verksamhet ej har möjlighet eller befogenhet att erbjuda den enskilde adekvat vård inom verksamheten. Samma respondent menar dock att detta tillgodoses i kontakten med klienten då om en utredare får känslan av att någonting *”skaver, så är jag mån om att den här personen får en psykiatrisk bedömning så snart som möjligt. För jag har inte kompetensen att avgöra.”*

Samtliga respondenter svarar ja på frågan om de upplever att de någon gång har behövt neka någon hjälp för sitt missbruk eller psykiska ohälsa pga en psykisk- eller beroendeproblematik, även om ”neka” i detta sammanhang får anses vara en definitionsfråga och snarare syfta till att de hänvisar till annan vård, eller som en respondent från psykiatrin beskriver det på följande sätt:

*”Det kan ju vara så i vissa fall att man säger att.. Vi är bekymrade, för oss verkar det som du har ett missbruk och så förnekar dom det.. Då remitterar vi till beroende så får dom göra en utredning så får vi se.”*

Respondenternas svar går att tolkas som så att det verkar vara vanligare inom beroendevården att man får neka klienten i samband med att det bedöms att de psykiska besvären tar fokus från behandlingen. Även vid fall där den psykiska ohälsan manifesterats genom aggressionshöjande attityd eller osäkert beteende, menar samma respondent inom beroendevården att *”det är en frivillig insats och vi har många att ta hänsyn till [...] vi får säga ifrån att du kan inte gå kvar i behandlingen pga ditt beteende”*. Den andre respondenten från missbruksvården menar att det är viktigt att vara medveten om att det aldrig går att kräva av den enskilde att denne ska etablera en kontakt med landstingen men att det

*”rekommenderas varmt då det brukar ge bäst utfall”* och framhäver vikten av att de ej har möjlighet att göra dessa bedömningar. Även inom den psykiatriska vården menar respondenterna att man främst behöver neka den enskilde hjälp om personen i fråga är påtagligt påverkad och/eller agerar hotfullt, även om det också inom psykiatrin kan bero på att beroendeproblematiken tar över eller att det visar sig att patienterna främst har ett intresse av att få beroendeframkallande och narkotikaklassad medicin utskriven. Om detta skulle visa sig vara fallet menar respondenterna inom psykiatrin att man hänvisar patienterna till beroendevården. Detta går att analyseras genom samverkansteorin som menar att när den enskildes behov varierar från träff till träff, och särskilt när dessa behov kan vara svåra att bedöma, riskerar individens handläggare att få svårt att enas om en gemensam klientkonstruktion. Vilka behov finns och vilka är mest akuta? Relationen mellan handläggaren och klienten riskerar också att bli utsatt då den enskilde söker stöd från olika vårdområden och själv ansvarar för dessa relationer hos flera verksamheter samtidigt (Nilsson, 1993:31,35). Samverkansteorin menar vidare att åtgärder kring missbruket, den psykiatriska problematiken och den sociala situationen måste sättas in samtidigt och koordinerat och att det ej går att behandla missbruket först och sedan ta hand om resterande problem (Fahlke, 2012:267).

## 8.2 Stigmatisering

Då både ett beroende och psykisk ohälsa anses vara stigmatiserade diagnoser berörde en del av frågorna hur respektive verksamhet förhåller sig till att avstigmatisera den enskilde. Inom beroendevården benämns den hjälpsökande som klient och inom psykiatrin som patient. Detta förklaras genom att man inom sjukvården får anses vara en patient, medan man inom beroendevård och öppenvård själv måste söka hjälp vilket gör att man benämns som klient. Detta i sig behöver inte vara stigmatiserande men är intressant att ställa emot varandra, och riskerar även att placera samsjukliga individer i båda facken. Inom beroendevården menar respondenterna att man aktivt arbetar mot att avstigmatisera klienternas beroendeproblematik. En respondent beskriver det på följande sätt:

*”Men visst kommer det hit folk som upplever sig stigmatiserade [...] det är ganska vanligt. Och det kan ju vara allt ifrån då dom som vi möter som kanske har missbruk som har gått längre eller har blivit svårare, men också dom som kommer hit i första kontakt och skamfaktorn och skuldfaktorn brukar va ganska hög [...] Det är väl rent mänskligt tänker jag att det är så. Jag tycker att det är viktigt att man har en medvetenhet om att det också ingår i beroendesjukdomen så att man liksom inte förvärrar läget.”*

Respondenten fortsätter dock med att framhäva att målgruppen de arbetar med *”oftast är mest stigmatiserade, upplever sig mest stigmatiserade”* och att detta tyvärr inte alltid synliggörs vilket i förlängningen leder till att det ovanifrån satsas tillräckligt med resurser. Respondenten menar att det fortfarande finns för mycket av ett moraliskt fördömande i det, att man *”ska klippa sig och skaffa ett jobb, det är ditt eget misslyckande”* och att det är beklagansvärt att man ej kommit längre i synen på missbrukare än så.

Den andre respondenten menar att de på Beroendeenheten arbetar på följande sätt: *”dels så pratar vi mycket om bemötande och.. hur vi möter folk när de kommer till oss och söker (hjälp). Vi pratar också mycket inom personalgruppen kring likabehandlingsfrågor eftersom det är nått vi ska jobba med, och det applicerar vi naturligtvis på möten med klienter att inte förutsätta att nån är på ett eller annat sätt.”*. Dessa citat går i enlighet med stigmat teorin att förklaras genom att i vissa sammanhang och miljöer riskerar egenskaper som bidrar med ett stigma hos *”allmänheten”* istället bidra med en slags bekräftelse och stärka känslan av exempelvis en grupp tillhörighet. Det är relationerna och inte egenskaperna hos målgruppen som hamnar i fokus. Avvikelsen från samhället i stort är densamme, men med hjälp av ett aktivt arbete och belysande inom verksamheten försöker stigmatisering undvikas i så stor mån som möjligt (Goffman, 2014:12).

Enligt respondenterna inom psykiatrin förhåller man sig inte lika aktivt mot stigmatisering utan menar att *”eftersom vi har de här patienterna bland oss är det inte så stigmatiserat, det är våran vardag.”* och att de upplever att det blir mindre och mindre stigma kring psykisk ohälsa och att det har avstigmatiserats i samhället och på arbetsplatsen på ett effektivt sätt. Detta går i enlighet med Goffmans stigmat teori att beskrivas genom att det är samhället och kontexten man befinner sig i som avgör hur och efter vilka premisser något anses vara *”normalt”* eller naturligt för medlemmarna inom kategorin (ibid, 2014:52). Då det är först när en individ inte passar in eller uppfyller de kriterier som förväntas av den enskilde som stigmatisering uppstår och att det i enlighet Goffman även här går att förklaras genom att det är relationer snarare än egenskaper som befäster ett stigma (ibid, 2014:53).

### *8.3 Samverkan mellan psykiatrisk- och missbruksvård inom öppenvården*

Då det enligt respondenterna är så pass vanligt med samsjuklighet eller dubbla diagnoser hos båda målgrupperna och att det går att se en relation eller ett samband mellan psykisk ohälsa

och ett missbruk lyfter detta fram vikten av en fungerande samverkan mellan verksamheterna. För att kunna förstå denna samverkan tydligare är det viktigt att vi med hjälp av respondenterna först och främst stakar ut hur denna samverkan ser ut rent praktiskt. En respondent från beroendevården förklarar, på frågan vilka Beroendeenheten samverkar med såhär:

*”Alltså lokalberoendemottagning, öppenspsykiatri, våra systemenheter som kan vara inkopplade från socialtjänsten: ekonomiskt bistånd, våld i nära relation, socialpsykiatriska enheten, boendestöd. [...] Vi har också veckovisa möten med personalen på den lokala beroendemottagningen, alltså där vi har ömsesidiga äredragningar i de fall naturligtvis där sekretessen tillåter det. [...] Det är också ett sätt att varje vecka så ses vi där vi kan föra upp de individer vi vill prata om och se hur går det hos er? Hur mår personen, Hur ser senaste proverna ut och motsatt att de kan fråga okej hur ser det ut på den sociala biten, hur ser behandlingen i öppenvård ut”*

Citatet ovan visar hur bred målgruppens problematik kan vara. Respondenter från psykiatrin besvarar vilka Psykiatri Nordväst samverkar med på följande sätt:

*”Beroendecentrum, vi har två beroendemottagningar en i Märsta och en här uppe”  
”Vi har regelbundna videomöten med dem i Märsta, varannan var tredje vecka va, har vi videomöte med dom om det är nått kring patienter, samverkar”  
”Sen har vi mycket direktkontakt, alltså du vet att man ringer och så. Sen har vi ju kommunens beroendevård, där har vi också samverkan med Väsby och Märsta.”*

Även dessa citat belyser vikten av en fungerande samverkan. Gemensamt för samtliga respondenter inom båda vårdområdena är att man som verktyg inom samverkan främst använder sig av SIP (Samordnad Individuell Plan). Det är lagstadgat enligt både hälso- och sjukvårdslagen (HSL 3f§) och socialtjänstlagen (SoL 2 kap. 7§) att individer med behov av insatser från båda vårdområdena skall samarbeta genom en individuell plan, eller SIP. En respondent från beroendevården förklarar det på följande sätt:

*”Ja inom öppenvården om vi tittar på den biten så är det så att både behandlare och behandlingsassistenter deltar i SIPar. [...] Vi fördelar klienterna så att nån är kontaktperson så att man har en person att vända sig till om man bor på stödboendet, så alla dom är med på SIPar t.ex. eller nätverkslagsmöten och såna stöd. Sen tillhör vi samma enhet som myndighetsdelen där finns det en tydlig samverkan.”*

Eller som en respondent från psykiatrin beskriver det: *”Ja vi träffas kring SIP [...] Samordnad individuell plan det är ju när patienten har insatser från flera huvudmän.”* Dessa möten beskrivs av respondenter från båda vårdområdena som ett centralt verktyg i samverkan.

Det anses betydande för såväl klient/patient som för den egna personalen. En respondent från beroendevården menar att tanken med SIP är att individen själv ska känna att den äger sin process. Däremot anser den samme att det ibland kan vara svårt att få till ett SIP möte med exempelvis ansvarig läkare inom en rimlig tid men fortsätter med att förklara att det förmodligen kan bero på att psykiatrin är *”nedsmetade med patienter”*. Den andre respondenten från beroendevården framhäver fördelarna med en fungerande SIP och även hur handläggare inom verksamheten har en samverkan med psykiatrin, *”där vi inte deltar men skulle vilja delta mer”*. Respondenten menar att även behandlare hade behövt varit mer delaktiga i diskussionen kring patienter för att kunna informera samt informeras om vad som behöver fungera för att behandlingen kring missbruket ska fungera.

Något som återkommande går att se på samtliga respondenters svar är att de i grund och botten anser att samverkan är viktigt. En respondent inom psykiatrin menar att *”det är jätteviktigt att samverka, jag gillar det faktiskt”* och att *”det brukar ge bästa resultatet, man ska samverka.”* Även respondenterna inom beroendevården beskriver det som att de *”tror på samverkan”* och att *”jag tror det är avgörande för att individen ska få ett okej fungerande liv”*. Dessa svar tyder på att det finns en vilja att samverka och att få det att fungera men att det inte alltid är lätt i praktiken. Detta går att analysera i enlighet med samverkansteorin gällande huruvida fokuset ska ligga på rehabilitering eller habilitering som menar att man ej kan tillgodose enbart ett av patienten eller klientens behov, utan att man samtidigt och koordinerat måste bemöta och behandla patienten (Fahlke, 2012:267) och tidigare forskning i form av studier som lyfter fram att det finns få invändningar mot samverkan och att det överlag anses som ett ändamålsenligt tillvägagångssätt att utföra människobehandlande arbete (Eliasson, 2010).

Att inte samverka är, som det går att se här ovan, inte ett alternativ, särskilt då det är lagstadgat inom dessa två vårdområden. Däremot nämner samtliga respondenter att det finns faktorer kring samverkan som ej fungerar optimalt i dagsläget. Respondenterna från psykiatrin lyfter fram ett exempel på följande sätt:

*”Man ska också samverka liksom konkret kring patienter, ofta blir det nån slags dokument på metanivå, som inte ger nån nånting till slut. [...] Administrationen bara växer och växer.. det är tråkigt”*

*”Det tar mycket onödig tid”*

Dessa uttalanden belyser en viktig faktor nämligen administration. Det framkommer under intervjuerna respondenter inom psykiatriin upplever administrationen som uppstår kring en patient och dess samverkan utmanande. Detta i kombination med att olika verksamheter ofta har olika journalsystem menar respondenterna gör att samverkan ofta blir mer tidskrävande än vad det hade behövt vara. Dessutom kan det uppstå problem berörande sekretessen kring den enskilde, när landstinget samverkar med kommunen. Dessa problematiska faktorer får i enlighet med samverkansteorin anses tillhöra strukturella hinder (Axelsson, et.al., 2007:22). Som vi nämnt tidigare bekräftar även en respondent från beroendevården tidsaspekten och lyfter fram den som utmanande. Däremot menar båda respondenterna från beroendevården att deras verksamhet ofta måste vara drivande för att få till ett fungerande samarbete. De förklarar det såhär:

*”Uttjat ord men det här med vattentäta skott. Jag kan uppleva ibland att man möter personer som bevakar sitt eget område och som inte riktigt är lika öppna för samverkan. För samverkan bygger ju på att det behöver komma från båda håll. Och ibland kan man väl känna att man stöter på andra professioner eller verksamhetsområden som kanske inte är riktigt lika öppna för det.”*

Den andre respondenten från beroendevården bekräftar detta och menar att:

*”sen skulle jag säga att hela beroendeenheten är väldigt samverkansbenägna, alltså att vi vill samverka men får kanske inte alltid det tillbaka. Att andra vill samverka med oss. [...] vi står mycket för dragandet i samverkanfrågorna.”* Respondenten menar fortsatt att det är upp till personalen på Beroendeenheten att bjuda in sig själva och efterfråga samverkan, men beskriver det också som att det är *”naturligtvis en partisk bedömning”* då det är inom beroendevården de är och agerar. Detta går att förklara genom samverkansteorin inom människohanterande organisationer specifikt, då den svenska välfärdsstaten definieras av en hög grad institutionell fragmentisering och varje myndighet endast har ansvar för den målgrupp som faller inom ramen för organisationens formella uppdrag. Den yrkesverksamma kan enbart ta hänsyn till de aspekter av individens situation som är i enlighet med dessa uppdrag och regler (Axelsson, et.al. 2007:39-44). Det går vidare att förklara detta genom samverkansteorin som menar att samverkan historiskt sätt främst skett på enskilda medarbetares egna initiativ och personliga kontakter. Thylefors (2007) menar att denna typ av samverkan, alltså den som ej drivs av en formell samverkanstanke utan snarare av den

yrkesverksammas vilja och personliga drivkraft att samverka, riskerar att försätta patienter och klienter i en sits där de hamnar mellan stolarna (Thylefors, 2007:56,59).

Något som är gemensamt för samtliga respondenter är det faktumet att det är två skilda huvudmän som bär ansvaret för respektive verksamhet, då landstinget har sina policys och interna regleringar att förhålla sig till på samma sätt som kommunen har sina egna. Respondenter från psykiatrin menar att just det här med olika huvudmän och olika lagar som styr ej är optimalt. Detta i samband med att *"ingen är riktigt villig att betala"* gör att patienter riskerar att falla mellan stolarna. Även en respondent inom beroendevården benämner detta och påpekar att det *"finns jättefina nationella riktlinjer för samverkan där det tydligt står vem som ansvarar för vad, när det är kommun, när det är landsting, när det är på olika nivåer"* men att detta i praktiken blir för personbundet och drivet av folks vilja att samverka. Samma respondent menar att *"vi på golvet samverkar, men inte ovanför"* och att viljan för att samverka måste tydliggöras ovanifrån. Även att det ofta saknas mandat hos de personer som deltar i SIP möten lyfts fram som en problematisk faktor då detta kan leda till att man i slutändan ändå ej kan ta ett beslut. *"Sitter man på en SIP ska man veta att det här får jag bestämma om, och det ska vara tydligt"* menar respondenten. Detta går att stärka med hjälp av Matschecks (et.al., 2018) studie som menar att den kritik och problematik som uppstår kring SIP-möten är att det ofta saknats mandat att fatta formella beslut. Detta kan, i enlighet med denna studies resultat, få konsekvensen att man exempelvis lägger fram förslag på en mängd stödåtgärder men att det i slutändan inte blir av då det saknas personal på dessa möten med beslutsfattande roll.

#### 8.4 Förbättringsområden

Samtliga respondenter menar att man i dagsläget samverkar till den mån det är möjligt och efter vad budget samt tid erbjuder för handlingsutrymme. På frågan huruvida de tillfrågade upplever att befintlig samverkan, lagar och regler fungerar på ett optimalt sätt är samtliga något kritiska. En respondent från beroendevården förklarar att det fanns en stor tro för den Missbruksutredningen som kom 2011 som sade att landstinget bör vara huvudman för hela missbruksvården utifrån ett sjukdomsperspektiv men menar att denna utredning tyvärr lades ner eller ej slutfördes. Även den andre respondenten från Beroendeenheten menar att lagarna man verkar efter riskerar att vara allt för allmänt skrivna.



Vidare är det gemensamt för båda respondenterna inom beroendevården att de tror på användandet av case managers. *"Case managers hade kanske absolut varit en lösning, det går att skruva och fixa tycker jag"* menar den ena respondenten medan den andre uttrycker det som att *"jag är för case managers i nån form"*. Detta menar respondenten skulle minska på den enskildes belastningsbörda hos en målgrupp som redan är utsatt och kan ha svårigheter att orka *"rodda i alla dessa kontakter, och ringa hitan och ditan, och fixa allt det här"*. Respondenten beskriver det som *"man måste vara frisk för att orka vara sjuk"*. Denna uppfattning gällande denna metods vikt delas av tidigare forskning, och mer specifikt Framme (2008) samt Beckman & Ekermo (2008) som menar att case managers bidrar med stöd på ett tydligare sätt och kan bistå den enskilde stöd i att organisera de vård- och sociala stödinsatser och erbjuda en behovsanpassad helhetslösning i den nuvarande fragmenterade vården. Studierna lyfter fram, i enlighet med resultaten ovan, att denna belastning kan vara svår för individer med missbruks- eller psykisk problematik.

Case manager som lösning är dock inget som respondenterna inom psykiatrin tror på och menar att det är en lösning som har prövats inom verksamheten och ej fått ett positivt utfall. *"Det finns inte utrymme, det finns ingen person som mäktar med"*, menar den ena respondenten och den andre fortsätter *"nej det går inte!"*. De menar att det finns en övertro på case managers och att det hade krävts ett stort antal anställda och därmed en allt för hög kostnad. Ena respondenten förklarar det som *"jag har sett case managers som är jättetända på det här och jätteduktiga [...] men de går ju under. Vi får ungefär 30 nya ärenden i veckan [...] det är inga som kan hålla i det här på det sättet"* och att det på pappret kan låta bra med case managers men inte rent praktiskt. Den stora problematiken som uppstår, menar respondenterna från psykiatrin, är snarare samhällsklimatet- och utvecklingen, och att det snarare hade behövts mer folk på fältet och boendestöd.

Såväl case managers som SIP får anses vara samverkansmetoder och som kan ses här ovan får dessa både stöd och kritik av respondenterna inom båda vårdområdena. Den tydligaste förbättringen enligt respondenterna är att se över lagstiftningen och frågan kring olika huvudmän. Enligt lagstödet gällande individuell plan så skall en SIP även besluta om vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. Detta är i enlighet med respondenternas svar något som behöver tydliggöras och något som hade underlättats om båda vårdområdena låg under samma huvudman. Detta stöds av tidigare forskning som menar att missbruksvården specifikt är ett gemensamt ansvar mellan socialtjänst och vårdcentral

(Eliasson & Wikström, 2005). I enlighet med Matschecks (et.al., 2018) studie lyfts även vikten av engagemang, koordination och stöd mellan verksamheterna fram som nyckelfaktorer för att en SIP, och således samverkan, skall fungera så effektivt som möjligt.

## 9. Slutsats

Resultaten i denna studie visar alltså på att det enligt respondenternas uppfattning är mycket vanligt och utbrett med en samsjuklighet gällande psykisk ohälsa och ett alkohol- eller narkotikaberoende. Resultaten visar vidare på att respondenter från båda vårdområden är medvetna om, och förhåller sig till, konsekvenserna dubbla diagnoser kan få för den enskilde. Vidare visar resultaten både hur samverkan mellan de båda verksamheterna fungerar i dagsläget och identifierar förbättringsområden som enligt respondenter inom beroendevården bör appliceras i form av case management – men att samtliga respondenter, även de från psykiatrin, anser att de båda vårdområdena och dess beslut hade behövt utgå från samma huvudman och inte två separata huvudmän som det ser ut idag. Sedan tyder även resultaten på, i enlighet med teorier och tidigare forskning, att motivationen och viljan från den yrkesverksamma att samverka är central för att få samverkan att fungera på ett effektivt sätt. Slutligen visar resultaten också på att respondenterna från beroendevården förhåller sig till stigmatisering på ett tydligare sätt än de inom psykiatrin, och att det inom beroendevården är uttalat inom personalen att aktivt avstigmatisera klienternas situation och problematik.

## 10. Diskussion

Detta avslutande stycke avser föra en diskussion gällande dels förbättringsområden som kunnat vara relevanta vid framtida forskning, men även en del av de problem som uppstått i samband med studien.

Det hade såhär i backspegeln varit intressant att även intervjua respondenter från Beroendecentrum, som befinner sig i samma byggnad som Psykiatri Nordväst för att på så sätt få en övergripande bild av samtliga aktörer aktiva inom de båda vårdområdena. Dock visade det sig vara svårt att få tag på respondenter överhuvudtaget, och lämplighetsurvalet får stå som förklaring för att det blev respondenter från Beroendeenheten och Psykiatri Nordväst. Eftersom denna studie kretsat kring samverkan var det naturligt och nödvändigt att de verksamheter som undersöktes låg i samma kommun. Det hade eventuellt även varit intressant att intervjua än fler respondenter från respektive vårdområde, och då kanske främst att intervjua de i personalen som sköter själva kontakten med klienter och patienter, exempelvis behandlare och psykologer, för att få en ännu tydligare bild av hur de som arbetar nära klienter och patienter ser på individer som lider av samsjuklighet. Det hade dessutom varit av intresse att ta del av de interna styrningsdokument och policys som ligger till grund för verksamheternas handlingsutrymme gällande samverkan. En observation som gjordes vid besöken på respektive verksamhet var att det fanns information i form av pamfletter till en mängd olika samhällsorgan och vårdområden – men att det på Beroendeenheten saknades information som hänvisade till Psykiatri Nordväst och vice versa. Detta var en intressant observation men något som ej kunde redovisas eller utvecklas pga plats- och tidsbrist.

Det hade även varit av intresse att inkludera samverkan kring tvångsvård, men då detta hade riskerat att bli allt för omfattande så lades fokus på öppenvården. En annan intressant aspekt utifrån stigmaperspektivet hade varit att jämföra med andra länder där exempelvis psykisk ohälsa eller narkotikabruk inte anses lika stigmatiserat. Denna studie använder sig av ett professionellt perspektiv men det hade varit mycket intressant att även innefatta brukarperspektivet för att på så sätt ta del av brukarnas egna erfarenheter av såväl vård inom de båda vårdområdena som huruvida de uppfattar sig stigmatiserade eller ej.

## 11. Referenser

- Axelsson, Runo & Bihari Axelsson, Susanna (red.) (2013). Om samverkan: för utveckling av hälsa och välfärd. Lund: Studentlitteratur
- Axelsson, Runo. och Bihari Axelsson, Susanna. (red.)(2007). Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer. Lund: Studentlitteratur.
- Barnaby B, Drummond C, McCloud A, Burns T, Omu N. (2006). Substance misuse in psychiatric inpatients: comparison of a screening questionnaire survey with case notes BMJ Journal of Studies on Alcohol, 67(6), 837–840. doi: 10.1136/bmj.327.7418.783
- Barry K, Milner K, Blow F, Impens A, Welsh D, Amash J. (2006). Screening psychiatric emergency department patients with major mental illnesses for at-risk drinking. Psychiatric Services, 57:1039–1042. doi: 10.1176/appi.ps.57.7.1039
- David Matscheck, Katarina Piuva, Lisbeth Eriksson & Martin Åberg (2018) The Coordinated Individual Plan – is this a solution for complex organizations to handle complex needs?, Nordic Social Work Research, DOI: [10.1080/2156857X.2018.1489886](https://doi.org/10.1080/2156857X.2018.1489886).
- Eberhard S, Nordström G, Höglund P & Öjehagen A. **Hazardous alcohol use in general psychiatric outpatients** Journal of Mental Health 2015; 24:3, 162-167.
- Ekermo, Mats & Beckman, Linda (2008). Det räcker inte med en bra idé: utvärdering av Sveriges Kommuner och Landstings metodutvecklingsarbete med case management för människor med dubbla diagnoser. Eskilstuna: Mälardalens högskola
- Eliasson, Benitha & Wikström, Petra (2010). Missbrukarvården, ett gemensamt ansvar [Elektronisk resurs] om samverkan mellan socialtjänsten och vårdcentralen. Luleå: Kommunförbundet i Norrbottens län
- Esbjörnson, Sara & Hagqvist, Anders (2013). Individuell plan enligt SoL och HSL: till nytta för brukarna?. Borås: FoU Sjuhärad Välfärd, Högsk. i Borås
- Fahlke, Claudia (red) (2012). Handbok i missbrukspsykologi: teori och tillämpning. Malmö: Liber
- Folkhälsomyndigheten, DSM-5 (<https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/projektwebbar/spelprevention/mata-spelproblem/matinstrument-dsm-5.pdf>) [Hämtad: 2018-12-01]
- Framme, Gunilla (2008). Utvärdering av nätverk för personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk störning och missbruk [Elektronisk resurs] :

Delrapport /. Umeå: Umeå Universitet.

(<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-60884>)

- Fridell, Mats; Holmberg, Robert; Billsten, Johan; Benderix, Ylva (2015). Implementeringen av Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevården: Utvärdering av det nationella utvecklingsarbetet Kunskap till Praktik. (<http://portal.research.lu.se/ws/files/3896654/5276300.pdf>)
- Goffman, Erving (2014). Stigma: den avvikandes roll och identitet. 4. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Goldstein R, Dawson D, Saha T, Ruan W, Compton W and Grant, B. F. (2007). Antisocial Behavioral Syndromes and DSM-IV Alcohol Use Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31: 814-828. doi: 10.1111/j.1530-0277.2007.00364.x
- Hagquist, Curt & Rydelius, Per-Anders, 2013. Psykisk ohälsa och alkohol har en nära koppling. *Läkartidningen*, nr 36, 2013. ([http://lakartidningen.se/PdfFiles/2013/9/f5c5a16b-9814-e311-97f1-ac162d7339ab/2013KV139\\_Tema%20ung%20alkohol.tryck.pdf](http://lakartidningen.se/PdfFiles/2013/9/f5c5a16b-9814-e311-97f1-ac162d7339ab/2013KV139_Tema%20ung%20alkohol.tryck.pdf)) [Hämtad: 2018-11-20]
- Herlofson, Jörgen (2014). *MiniPsykiatri*. 1. utg. Stockholm: Natur & Kultur
- Hjerm, Mikael & Lindgren, Simon (2016). *Introduktion till samhällsvetenskaplig analys*. 1. uppl. Malmö: Gleerup
- HSL 3f§, Hälso- och sjukvårdslagen
- Jacobsen, Dag Ingvar (2016). *Förståelse, beskrivning och förklaring: introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. 2., uppdaterade och utök. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Johansson, Katarina & Wirbing, Peter (2005). *Riskbruk och missbruk: alkohol, läkemedel, narkotika : uppmärksamma, motivera och behandla inom primärvård, socialtjänst och psykiatri*. 2., [utök.] utg. Stockholm: Natur och Kultur
- Johnson, Björn, Richert, Torkel & Svensson, Bengt (2017). *Alkohol- och narkotikaproblem*. Upplaga 1 Lund: Studentlitteratur
- Lundgren, L. *et al.* (2014) 'Integrating Addiction and Mental Health Treatment within a National Addiction Treatment System: Using Multiple Statistical Methods to Analyze Client and Interviewer Assessment of Co-Occurring Mental Health Problems', *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(1), pp. 59–79. doi: [10.2478/nsad-2014-0005](https://doi.org/10.2478/nsad-2014-0005).
- McDermut W, Mattia J, Zimmerman M. (2001). Comorbidity burden and its impact on psychosocial morbidity in depressed outpatients. *J Affect Disord*, 65(3): 289-95. doi: 10.1016/S0165-0327(00)00220-2
- Mini-D 5: diagnostiska kriterier enligt DSM-5. (2014). Stockholm: Pilgrim Press
- *Missbruket, Kunskapen, Vården Missbruksutredningens forskningsbilaga*, 2011, (<https://www.regeringen.se/contentassets/e8736c3d067c4c45abf7a338b728f445/misbruket-kunskapen-varden-hela-dokumentet-sou-20116>) [Hämtad: 2018-12-25]
- *Nationalencyklopedin*, komorbiditet. (<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/komorbiditet>) [Hämtad 2018-12-25]
- Nilsson, Björn (1993). *Individ och grupp – en introduktion till grupppsykologi*. Lund: Studentlitteratur.

- Nyberg, Fred. 2016. Att må dåligt – en orsak till missbruk och beroende? Socialmedicinsk tidskrift 1, 2016.  
(<http://socialmedicinsktidskrift.se/smt/index.php/smt/article/view/1405/1202>)  
[Hämtad: 2018-09-30]
- Rennstam, Jens & Wästerfors, David (2017). Från stoff till studie: om analysarbete i kvalitativ forskning. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Socialstyrelsen, Diagnoskoder (ICD-10)  
(<https://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskodericd-10>)  
[Hämtad: 2018-12-01]
- *Socialtjänsten*, Kunskapsguiden. Samsjuklighet.  
(<http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/Samsjuklighet/Sidor/default.aspx>)  
[Hämtad: 2018-10-04]
- Socialtjänsten, Kunskapsguiden. Vad är psykisk ohälsa?  
(<http://www.kunskapsguiden.se/barn-och-unga/Teman/psykisk-ohalsa-hos-barn-unga/Sidor/Vad-ar-psykisk-ohalsa.aspx>) [Hämtad: 2018-10-04]
- SoL 2 kap. 7§, Socialtjänstlagen
- Sternebring, Bengt (2012). Alkoholberoende: diagnos, komplikationer och behandling. 1. uppl. Stockholm: Liber
- Södertörns Högskola (2018).Handledning för studenter.
- Thylefors, Ingela (2007). Ledarskap i human service-organisationer. Stockholm: Natur & Kultur.
- Vetenskapsrådets (2016). Vetenskapsrådets Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning. Stockholm: Elanders Gotab.
- Åhlin J, Hallgren M, Öjehagen A, Källmén H, Forsell Y. (2015). Adults with mild to moderate depression exhibit more alcohol related problems compared to the general adult population: a cross sectional study. BMC public health, 15(1), 542. doi: 10.1186/s12889-015-1837-8

## 12. Bilagor

### 12.1 Intervjuguide beroendevård bilaga

#### **TEMA BEROENDEVÅRD:**

Hur länge har du arbetat inom missbruksvården?

Vad består dina arbetsuppgifter av?

Vad erbjuder ni för vård på er verksamhet?

Hur många klienter har du/ni hand om?

Vilka typer av missbruk är vanligast förekommande hos er?

Stigma, skuld och skam är det något ni förhåller er till? Alltså är det begrepp som är relevanta och aktuella hos er, att motverka dessa?

#### **TEMA PSYKISK OHÄLSA/SAMSIJKLIGHET:**

Hur förhåller ni er till patienter som lider av psykiska besvär?

Depression kan vara en konsekvens av ett långvarigt missbruk. Affektiva störningar, exempelvis just depression eller mani kan däremot vara något underliggande eller något som föreligger missbruket. Hur vanligt anser du att det är att individer som söker hjälp för sitt missbruk även har en problematik som innefattar psykisk ohälsa?

Skiljer sig den handlingsplan ni skapar tillsammans med klienten om ni uppfattar att patienten lider av exempelvis affektiva störningar?

Är detta något som uppmärksammas tidigt i processen eller något som framkommer en bit in i nykterhetsarbetet?

Om du har arbetat inom andra verksamheter som berör missbruksvård – anser du att dessa har haft ett annat förhållningssätt till samsjuklighet?

Förväntas det en total nykterhet hos klienterna under er behandling?

Görs det undantag?

Självmedicinering är något som många missbrukare använder sig av för att beskriva eller motivera sitt bruk. Hur förhåller ni er till självmedicinering?

Hur förhåller ni er till receptbelagda mediciner?

Om en patient har narkotikaklassade läkemedel utskrivna på recept – hur påverkar detta ert gemensamma nykterhetsarbete?

Om DU upplever att en patient även har en problematik baserad på psykisk ohälsa – vad gör du då? / Vad har du för handlingsutrymme om DU tycks identifiera tecken på psykisk ohälsa? (Kontaktar du psykiatrin eller kontaktar du case-manager eller pratar du med klienten och föreslår att denne ska söka hjälp?)

Hur förhåller ni er till en patient som är utåtagerande, pg.a. psykisk ohälsa, i såväl individuella samtal som i gruppssamtal?

### **TEMA: SAMVERKAN**

Vilken samverkan finns? Med vem eller vilka?

Hur fungerar denna samverkan?

Vilka svårigheter finns?

Hur påverkar dessa svårigheter ert arbete?

Använder ni er av case-managers? Om ja; hur ser deras roll ut? Om nej; vem är ”ansvarig” för patienten?

Använder ni er av SIP? Om ja, hur fungerar detta i praktiken? Om nej; hur ser samverkan ut?

Upplever du att du någon gång behövt neka någon hjälp för sitt missbruk pg.a. psykiska besvär?

Upplever du att de klienter ni har som lider av samsjuklighet får den hjälp de behöver? Om inte av er så av någon annan verksamhet?

Uppdrag granskning, Vem kan rädda sanne har aktualiserat problematiken som existerar för samsjukliga/individer med dubbla diagnoser. Hur anser du att man kan göra för att undvika sådana situationer?

Upplever du att befintliga lagar och regler fungerar på ett optimalt sätt?

Finns det något du önskar skulle förändras eller förbättras?

### **AVSLUTNING:**

Slutligen, är det något du vill berätta som vi inte har kommit in på tidigare? Något specifikt du vill lyfta fram?

Slutligen, har du någon kollega som du tror det hade passat om jag intervjuade?



Stort tack för din tid och ditt deltagande!

### 12.2 Intervjuguide psykiatri bilaga

#### **TEMA PSYKIATRISK VÅRD:**

Hur länge har du arbetat inom psykiatrin?

Vad består dina arbetsuppgifter av?

Vad erbjuder ni för vård på er verksamhet?

Hur många klienter har du/ni hand om?

Vilka typer av psykisk ohälsa/diagnoser är vanligast förekommande hos er?

Hur vanligt är det att ni skriver ut receptbelagd medicin till era patienter?

Stigma, skuld och skam är det något ni förhåller er till? Alltså är det begrepp som är relevanta och aktuella hos er, att motverka dessa?

#### **TEMA MISSBRUK/SAMSJUKLIGHET:**

Hur förhåller ni er till patienter som lider av ett missbruk?

Depression kan vara en konsekvens av ett långvarigt missbruk. Affektiva störningar, exempelvis just depression eller mani kan däremot vara något underliggande eller något som föreligger missbruket. Hur vanligt anser du att det är att individer som söker hjälp för sin psykiska ohälsa även har en problematik som innefattar missbruk?

Skiljer sig den handlingsplan ni skapar tillsammans med klienten om ni uppfattar att patienten lider av exempelvis alkohol- eller narkotikamissbruk?

Är detta något som uppmärksammas tidigt i processen eller något som framkommer en bit in i arbetet för att etablera en stabilare psykisk hälsa?

Förväntas det en total nykterhet hos klienterna under er behandling?

Om du har arbetat inom andra verksamheter som berör psykiatrisk vård – anser du att dessa har haft ett annat förhållningssätt till samsjuklighet än din befintliga arbetsplats?

Förväntas det en total nykterhet hos klienterna under er behandling?

Görs det undantag?

Hur förhåller ni er till självmedicinering?

Om en patient är beroende av narkotikaklassade läkemedel de har fått på recept, hur påverkar detta erat handlingsutrymme?

Om DU upplever att en patient även har en problematik baserad på missbruk – vad gör du då?

Vad har du för handlingsutrymme om DU tycks identifiera tecken på ett missbruk? (Kontaktar du missbruksvården eller kontaktar du case-manager eller pratar du med klienten och föreslår att denne ska söka hjälp?)

Hur förhåller ni er till en patient som är utåtagerande, pg.a. sitt missbruk, i såväl individuella samtal som i gruppsamtal?

### **TEMA: SAMVERKAN**

Vilken samverkan finns? Med vem eller vilka?

Hur fungerar denna samverkan?

Vilka svårigheter finns?

Hur påverkar dessa svårigheter ert arbete?

Använder ni er av case-managers? Om ja; hur ser deras roll ut? Om nej; vem är ”ansvarig” för patienten?

Använder ni er av SIP? Om ja, hur fungerar detta i praktiken? Om nej; hur ser samverkan ut?

Upplever du att du någon gång behövt neka någon hjälp för sin psykiska ohälsa pg.a. ett missbruk?

Upplever du att de klienter ni har som lider av samsjuklighet får den hjälp de behöver? Om inte av er så av någon annan verksamhet?

Uppdrag granskning, Vem kan rädda sanne har aktualiserat problematiken som existerar för samsjukliga/individer med dubbla diagnoser. Hur anser du att man kan göra för att undvika sådana situationer?

Upplever du att befintliga lagar och regler fungerar på ett optimalt sätt?

Finns det något du önskar skulle förändras eller förbättras?

### **AVSLUTNING:**

Slutligen, är det något du vill berätta som vi inte har kommit in på tidigare?

Stort tack för din tid och ditt deltagande!

### 12.3 Informationsbrev bilaga

Information till dig som ska delta i en undersökning som genomförs av en student under utbildning

## **SAMSJUKLIGHET – ATT FALLA MELLAN STOLARNA**

**Information om studien:** Syftet med studien är att med hjälp av kvalitativa intervjuer med verksamma inom missbruksvården samt inom den psykiatriska vården i Upplands Väsby kommun skapa en djupare förståelse för den problematik som uppstår när patienter inom öppenvården lider av både psykisk ohälsa och ett missbruk. Studien avser belysa vilka svårigheter personer som samtidigt lider av dubbla diagnoser, specifikt sådana som är stigmatiserande, och hamnar på olika avdelningar för sin behandling. Uppsatsen avser även undersöka hur synen på målgruppen skildras i respektive område, dvs. hur man inom psykiatrisk vård ser på en individ med ett missbruk men även hur man inom missbruksvården ser på en individ med psykisk ohälsa. Syftet är dessutom även att särskilja eventuella brister i samverkan mellan missbruk- och psykiatrisk öppenvård för att på så sätt identifiera och uppmärksamma förbättringsmöjligheter.

### **Kontaktuppgifter till studenten och handledaren:**

Robert Carlsson, [robert03.carlsson@student.se](mailto:robert03.carlsson@student.se)  
Student, Socialt arbete med storstadsprofil, Södertörns Högskola

Hassan Hosseini, [hassan.hosseini@mkcentrum.se](mailto:hassan.hosseini@mkcentrum.se)  
Handledare, Docent i Sociologi

**Personuppgiftsansvarig:** Undersökningen/studentarbetet genomförs som en del av studentens utbildning vid Södertörns högskola som är juridiskt ansvarig för studenternas personuppgiftsbehandlingar. Du kan alltid nå Södertörns högskola via epost [registrator@sh.se](mailto:registrator@sh.se) eller telefon 08 608 40 00.

**Dataskyddsombud:** Har du funderingar eller klagomål kring hur dina personuppgifter behandlas kan du alltid vända dig till Södertörns högskolas dataskyddsombud via [dataskydd@sh.se](mailto:dataskydd@sh.se). Dataskyddsombudet är expert på reglerna för personuppgifter och har rätt att granska hur högskolans studenter och personal behandlar personuppgifter.

**Lagliggrund:** Personuppgifterna behandlas enligt ditt informerade samtycke. Deltagande i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst återkalla ditt samtycke utan att ange orsak, vilket dock inte påverkar den behandling som skett innan återkallandet.

**Mottagare av personuppgifter:** Alla uppgifter som kommer oss till del kommer behandlas så att obehöriga inte kan ta del av dem

**Lagringstid:** Personuppgifter kommer bevaras till dess att uppsatsen är godkänd och kommer därefter att förstöras.

**Rättigheter:** Enligt EUs dataskyddsförordning har du rätt att gratis få ta del av samtliga uppgifter om dig som hanteras och vid behov få eventuella fel rättade. Du har även rätt att begära radering, begränsning eller att invända mot behandling av personuppgifter.

**Klagomål:** Du har alltid rätt att lämna klagomål till Datainspektionen. Du når dem via epost: [datainspektionen@datainspektionen.se](mailto:datainspektionen@datainspektionen.se) eller telefon 08-657 61 00.

**Med vänlig hälsning**

Robert Carlsson, *robert03.carlsson@student.se*  
Student, Socialt arbete med storstadsprofil, Södertörns Högskola