



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Som att falla mellan stolar

En kvalitativ studie om hur professionella upplever att klienter med samsjuklighet påverkas av skilda tvångslagstiftningar.



SQ4562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp
Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits
Kandidatnivå
VT 2015
Författare: Sara Manfredsson och Linnea Åkesson
Handledare: Jörgen Lundälv

Abstract

Titel: Som att falla mellan stolar - En kvalitativ studie om hur professionella upplever att klienter med samsjuklighet påverkas av skilda tvångslagstiftningar.

Författare: Sara Manfredsson och Linnéa Åkesson

Handledare: Jörgen Lundälv

Nyckelord: *Handlingsutrymme, Samsjuklighet, Samverkan, Semistrukturerad intervju, Tematisk analys, Tvångsvård.*

Studiens syfte är att undersöka och beskriva hur professionella inom socialt arbete upplever att klienter med samsjuklighet påverkas av att tvångsvården, för missbruk och psykisk ohälsa, i Sverige idag är skild. Studiens syfte är också att undersöka vilka möjligheter de professionella har att samverka, samt hur de upplever sin arbetssituation. Resultat och analys bygger på de sju semistrukturerade intervjuer som gjordes med professionella som i sitt arbete kommer i kontakt med samsjukliga klienter som lider av både ett missbruk och en psykisk ohälsa. Intervjuerna transkriberades och en tematisk analys användes. Empirin indelades i tre huvudteman och sammanlagt åtta subteman. Dessa presenteras i studiens resultatdel tillsammans med författarnas analys. Analysen har genomförts med hjälp av de begrepp som valts för att utgöra studiens teoretiska referensram: *handlingsutrymme, motmakt* och *mortifikationsprocesser*. Resultatet av studien visar att de professionella anser att tvångsvården är livsnödvändig men att den inte alltid fungerar så bra. En bild av att klienter faller mellan stolarna då de bollas mellan kommun och landsting presenteras. En situation där samverkan är enormt viktig, men inte alltid så lätt att få till i en hjälpapparat som lider av resursbrist.

Tack

Vi vill rikta ett tack till de informanter som ställt upp med sina erfarenheter för att denna uppsats skulle bli möjlig. Vi tackar även vår handledare som har stöttat oss i uppsatsprocessen. Tack för all tid och energi du satsat på oss och tack för din ovärderliga feedback. Slutligen vill vi tacka våra vänner och familj som stöttat och kommit med glada tillrop under uppsatstidens gång.

Förkortningslista

HSL - Hälso- och sjukvårdslagen

LPT - Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

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

LVU - Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

Prop. - Proposition

SFS - Svensk författningssamling

SOU - Statens offentliga utredning

Innehåll

1. Inledning	1
2. Syfte och problemformulering	3
2.1 Avgränsningar.....	3
2.2 Ordförklaringar	4
3. Bakgrund	6
3.1. Lagar	6
3.2. Missbruk och psykisk ohälsa	6
3.3 Samsjuklighet.....	8
3.4 Samverkansmöjligheter	8
3.5 Verksamheterna	9
4. Tidigare forskning	10
4.1 Tvångsvårdens effektivitet.....	10
4.2 Värdet av samverkan	11
4.3 Forskningskontext.....	12
5. Teoretisk referensram	14
5.1 Handlingsutrymme.....	14
5.2 De professionellas handlingsutrymme	15
5.3 Klienternas handlingsutrymme	16
5.4 Mortifikationsprocesser	17
5.5 Motmakt.....	17
5.6 Referensram	18
6. Metod	19
6.1 Metodval	19
6.2 Urval och urvalskriterier	20
6.3 Genomförande	21
6.3.1 Informationssökning.....	21
6.3.2 Intervjuer.....	22
6.3.3 Analys av material.....	23
6.3.4 Arbetsfördelning.....	24
6.4 Reliabilitet och validitet.....	24
6.5 Förförståelse.....	25
6.6 Etiska överväganden	25

7. Resultat och analys	28
7.1 Beskrivning av klientgruppen	28
7.2 Tema 1 - Tvångsvård	29
7.2.1 <i>Inte särskilt bra, men livsnödvändig</i>	30
7.2.2 <i>Krocken mellan organisationens uppdrag och klientens bästa</i>	32
7.2.3 <i>Från frustration till tacksamhet</i>	36
7.3 Tema 2 - Samverkan	39
7.3.1 <i>Möjligheter med samverkan</i>	39
7.3.2 <i>Klienten mitt i samverkan</i>	43
7.3.3 <i>Hinder för samverkan</i>	45
7.4 Tema 3 - Mellan stolarna	50
7.4.1 <i>Glappet mellan psykiatrin och socialtjänsten samt LVM-vården</i>	50
7.4.2 <i>Klienten mellan stolarna</i>	53
7.5 Sammanfattning och slutsatser	57
7.5.1 <i>Slutsatser</i>	59
8. Diskussion.....	60
8.1 Engagerade professionella och klienter i kläm	60
8.2 Troliga förklaringar till en "låst situation"	62
8.3 Metoddiskussion	63
8.4 Åtgärdsförslag.....	64
8.5 Förslag till vidare forskning.....	65
Referenser.....	66
Bilaga 1 – Informationsbrev	69
Bilaga 2 - Samtyckesblankett	70
Bilaga 3 – Intervjuguide.....	71

1. Inledning

I Sverige tvångsvårdas årligen drygt 1000 personer för missbruk (Statens institutionsstyrelse, 2015), samtidigt som ungefär 3000 personer per dygn tvångsvårdas för psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, u.å.). Studier har visat att bland de som vårdas enligt Lag (SFS 1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) uppfyller så många som 60 % kriterierna för en psykiatrisk diagnos. Samtidigt som nästan 50 % av de som vårdas enligt Lag (SFS 1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) har kända problem med missbruk (SOU 2011:35). Graden av samsjuklighet är alltså mycket hög bland de berörda klienterna. Denna grupp som lider av både ett missbruk och en psykisk ohälsa är en av de mest utsatta grupperna i vårt samhälle (Prop. 1993/94:218). Så långt som möjligt vårdas de under frivilliga former, men där samtycke saknas och vårdbehovet är stort kan tvångsvård bli aktuellt, då enligt LPT eller LVM. För dessa två tvångslagar ansvarar två olika huvudmän: landstinget respektive kommunen. Situationen för klienter med samsjuklighet är alltså att de antingen tvångsvårdas för sin psykiska ohälsa *eller* för sitt missbruk. Denna vård ansvaras för och finansieras av antingen landstinget *eller* av kommunen.

Författarna till denna studie har själva genom sina arbeten kommit i kontakt med samsjukliga klienter som de anser blivit lidande av hur vården är uppbyggd. De har en erfarenhet av att klienter ibland bollas fram och tillbaka, ingen vill riktigt ta ansvar för deras vård och klienterna faller alltför ofta mellan stolarna. Då författarna anser att detta är en grupp individer vars ställning i samhället är svag var det en självklarhet att försöka belysa deras situation i denna uppsats. En önskan finns om att denna uppsats kan bli ett inlägg i en förhoppningsvis växande debatt om behandling och vård för samsjukliga personer.

I denna studie ställs frågor till: socialsekreterare på vuxenheten, skötare inom psykiatrin och behandlingsassistenter inom LVM-vård, som alla arbetar med samsjukliga klienter. Frågor om hur de anser att tvångsvården, såsom den ser ut idag, påverkar klienterna. Studien behandlar även hur det är att vara anställd i en hjälpapparat som får allt mindre resurser men samtidigt mer ansvar. Slutligen undersökts hur möjligheterna till samverkan ser ut. Att vara anställd innebär att ha ett handlingsutrymme som formas och begränsas av både organisationens uppdrag men också av klientens vilja och behov (Svensson, Johnsson & Laanemerts, 2008).

Denna studie är relevant för socialt arbete då den undersöker och beskriver hur situationen för samsjukliga inom tvångsvård idag (2015) ser ut enligt professionella. Studien vill även belysa hur professionella upplever att arbeta med en klientgrupp med stora behov, i en organisation som endast ansvarar för en del av klienternas problematik. Förhoppningen är att denna studie ska bidra till att väcka tankar och engagemang hos läsaren. Ett engagemang som skulle kunna leda till en förändrad livssituation hos de som är några av samhällets mest utsatta medborgare.

2. Syfte och problemformulering

Följande problemformulering har legat till grund för studiens syfte: klienter med samsjuklighet, aktuella för tvångsvård, tenderar att falla mellan stolarna inom hjälpapparaten som ska behandla dem. Denna problematik skapas då det är skilda huvudmän som ansvarar för klienternas olika problemområden. Detta är något som även påverkar de professionella vars uppgift är att värna om klientens bästa.

Syftet med studien är att undersöka och beskriva om och i så fall hur professionella idag upplever att klienter med samsjuklighet (missbruk och psykisk ohälsa), påverkas av att LVM och LPT är två skilda tvångslagar. Syftet är även att redogöra för professionellas upplevelse av att arbeta med samsjukliga klienter som är aktuella för tvångsvård. Till sist är syftet att undersöka och beskriva hur samverkan sker i arbetet med klienter med samsjuklighet inom tvångsvård och hur det påverkar klienterna.

Utifrån studiens syfte har följande fyra delfrågeställningar formulerats:

- *Upplever de professionella att det är problematiskt för klienterna att LVM och LPT är skilda lagstiftningar? På vilket sätt tar detta sig i så fall uttryck?*
- *Vilka faktorer kan enligt professionella försvåra respektive underlätta för klienter med samsjuklighet att få den vård och behandling de behöver?*
- *På vilket sätt anser de professionella att de påverkas av sitt arbete med klientgruppen?*
- *Vilka fördelar finns med samverkan kring klienter med samsjuklighet och vad hindrar samverkan?*

Bakomliggande syfte med studien är att öka kunskapen om hur denna klientgrupp påverkas på individnivå, av ett system på samhällsnivå som de själva inte är med och utformar.

2.1 Avgränsningar

Studien har utgångspunkt i hur de två skilda tvångslagarna LVM och LPT ser ut idag (2015) och hur de påverkar klienterna som befinner sig inom detta område. Studien uppehåller sig inte kring lagtext utan lägger fokus på praktiken som formas utifrån lagtexten och hur klienter blir påverkade av den. Samverkan, i studien, berörs främst för att undersöka hur det påverkar

klienterna och de professionellas arbete, inte främst för att kartlägga eventuell samverkan. Detta för att studiens syfte är att undersöka klienternas situation, inte lagarnas utformning. Viktigt är att klientens situation får vara i fokus så mycket som möjligt och därför är avgränsningen gjord sådan.

Gruppen av personer med samsjuklighet är stor och innehåller stor variation av svårigheter rörande missbruk eller psykisk ohälsa. Därför finns ett behov av att avgränsa denna grupp och definiera vilka klienter vi vill beröra genom studien. Vi kommer uteslutande att utgå från de klienter med samsjuklighet som är aktuella för vård inom ramen för LPT eller LVM.

2.2 Ordförklaringar

I detta avsnitt definieras de ord och begrepp som används i studien.

Hjälpapparaten: Ett begrepp som i denna studie används som ett samlingsnamn för de olika offentliga verksamheter som har som uppgift att stötta och hjälpa samhällets medborgare (Skau, 2007).

Klient: En klient är en person som söker hjälp, hen kan vara i form av patient, rättssökande etc. (Andrén, u.å). I studiens intervjuer används både orden *klient* och *patient* för att beskriva de personer som vårdas inom tvångsvården. I denna uppsats kommer endast ordet *klient* att användas, även då det handlar om personer som kan vårdas inom hälso- och sjukvården.

Missbruk: Studien beskriver personer med problem i form av missbruk. Missbruket innebär att personen är beroende av alkohol, narkotika, läkemedel eller annat liknande beroendeframkallande medel. Med missbruk menas att personen brukar sin drog så att kroppen tar skada och ökar dosen med tiden för att uppnå önskad rusningseffekt (Socialstyrelsen 2014).

Psykisk ohälsa: Psykisk ohälsa innefattar en mängd olika tillstånd av varierande grad av funktionsnedsättning för klienten (Psykekampanjen, u.å). Studien är inte begränsad i innebörden till endast ett fåtal psykiska tillstånd utan kommer att innefatta alla de tillstånd som är aktuella då en person vårdas med tvång.

Samsjuklighet: Med samsjuklighet menas att en person lider av två eller flera sjukdomstillstånd samtidigt (Socialstyrelsen, 2012). I studien används begreppet för att benämna den kombinerade problematiken: psykisk ohälsa och missbruk.

Samverkan: Samverkan handlar, i denna studie, om hur olika yrkesgrupper arbetar ihop för att gemensamt hitta bra lösningar för klienten (Lindberg, 2009). För de klienter denna uppsats handlar om sker samverkan mellan bland andra socialtjänsten, hälso- och sjukvården, och LVM-vården.

Professionella: I denna studie innebär *professionella* ett samlingsbegrepp för de som arbetar med klienter inom socialtjänst, LVM-vård och hälso- och sjukvård.

3. Bakgrund

I detta kapitel beskrivs utgångspunkten för tvångslagarna LVM och LPT och hur synen på personer med missbruksproblematik eller psykisk ohälsa ser ut idag med bakgrund till hur det varit. Kapitlet beskriver även gruppen av samsjukliga personer som har den dubbla problematiken missbruk och psykisk ohälsa och samverkans roll i arbetet för att behandla dessa klienter. Slutligen presenteras de olika verksamheterna som finns representerade i uppsatsens empiri.

3.1. Lagar

Inom missbruksvård och psykiatrisk vård ligger fokus på att vården i så lång utsträckning som möjligt skall ske på frivillig grund. Att tvångsvårda någon är att inkräkta på den personliga integriteten och därför finns, i alla tvångslagar, konkreta och specifika kriterier som måste uppfyllas för att ett tvångsingripande ska bli aktuellt (Rönneberg, 2011).

Lag (SFS 1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) utfärdades som ett komplement till ramlagen Socialtjänstlagen (SFS 2001:453). Vård enligt LVM ges då personer med ett allvarligt missbruk motsätter sig behandling och uppfyller de förutbestämda kriterier som föreskrivs i tvångslagen. Tvångsvården ska enligt de inledande bestämmelserna syfta till att få den enskilde att bli motiverad att fortsätta behandling inom frivillig vård. Vårdtiden för LVM pågår under 6 månader.

Lag (SFS 1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) är skapad som ett komplement till Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) (HSL) vilken är en ramlag. LPT tillämpas alltså utöver HSL då en person ej kan vårdas frivilligt för sin psykiska ohälsa utan blir aktuell för tvångsvård. Tvångsvård enligt LPT pågår så länge som ansvarig chefsöverläkare bedömer att individen har behov av insatsen.

3.2. Missbruk och psykisk ohälsa

Lagstiftningen kring missbruk har haft olika inriktning genom åren. Inledningsvis infördes lagar som syftade till att skydda individen som missbrukade för att drogen inte skulle ta över personens liv (Svensson, 2012). Under en period förändrades lagens inriktning till att handla mer om att upprätthålla samhällets rättsordning snarare än att visa omsorg om individer som

förvillat sig in i ett alkoholmissbruk. Med tiden förändrades även denna hållning och återgick till att bli mer inriktad på individens bästa och även att vården skulle ske i samråd med den missbrukande personen (ibid.).

Lagstiftningen kring psykisk ohälsa har gått från att se psykiskt sjuka personer som ett störande inslag i samhället till att sedan långsamt utvecklas till att, som idag (2015), sträva efter att se individen och dennes behov av vård och behandling. Förr låstes psykiskt sjuka personer in och gömdes undan på hospital och fattighus (Gustafsson, 2010). Grönwall och Holgersson (2014) menar att det i alla tider funnits en mer eller mindre rädsla i samhället för personer som uppfattats som avvikande eller "galna" på olika sätt. Detta lever kvar än idag även om samhället inte längre spärrar in människor på samma sätt som tidigare. Patienten vårdas numera av egen fri vilja så långt det är möjligt. En person med psykisk ohälsa kan idag själv söka vård för sin problematik, men det finns fortfarande tillstånd då en person med allvarlig psykisk störning har svårt att på egen hand uppsöka vård och då blir tvångsvården aktuell. Efter att patienten vårdats enligt LPT och därigenom återfått förmågan att klara sig utanför den slutna vården, ska patienten ha möjlighet att fortsätta sitt självständiga liv med eventuella stödinsatser från hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.

Som de båda lagstiftningarna LVM och LPT är utformade finns vissa svårigheter då det kommer till vård av personer med både psykisk ohälsa och missbruksproblematik. Det är svårt att veta vilket av dessa två områden som är huvudproblemet för klienter med samsjuklighet. En allvarlig psykisk störning kan bidra till att en klient söker sig till en drog för att stilla sin ångest för att sedan fastna i ett missbruk. På samma sätt kan en person med en kraftig missbruksproblematik drabbas av till exempel en drogtlöst psykos. Personerna i denna grupp av klienter passar inte in i den klassiska bilden av klienter inom tvångsvården. Detta uppmärksammades och en statlig offentlig utredning tillsattes. Den statliga offentliga utredningen "bättre insatser vid missbruk och beroende" (SOU 2011:35) hade som syfte att utreda situationen för personer med samsjuklighet och presenterade ett förslag att integrera de två lagarna. Förslaget var att LVM skulle upphävas och istället ingå i LPT. Detta bland annat för att personer med den dubbla problematiken skulle slippa att "falla mellan stolarna" då det saknades vissa resurser inom de båda områdena för målgruppen. Förslaget ledde dock inte vidare till ett lagförslag i regeringen (Prop. 2012/13:77). Därmed kvarstår situationen för samsjukliga klienter som är aktuella för tvångsvård där de ofta är svårbehandlade både för psykiatri och för socialtjänsten.

3.3 Samsjuklighet

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (2007) beskrivs hur det genom befolkningsstudier har framkommit att personer som aktivt brukar alkohol och/eller narkotika löper stor risk att drabbas av psykiska sjukdomar och personlighetsstörningar. Det har även framkommit att det finns stora risker att personer med psykiatrisk problematik i stor utsträckning också inleder ett missbruk av både alkohol och narkotika. Utöver att dessa båda typer av problematik ofta går hand i hand är det heller inte ovanligt att den ena problematiken förvärrar den andra. De psykiska tillstånden hos personerna förvärras av drogerna och missbruket kan öka och förvärras på grund av den psykiska problematiken. Socialstyrelsen (2007) beskriver hur gruppen av samsjukliga individer är en heterogen grupp vilket innebär att även om det går att säga att personerna alla missbrukar aktivt och har psykisk ohälsa går det inte att säga att deras problematik fungerar lika. Det finns lika många variationer som det finns personer med samsjuklighet. Detta gör att det både är svårt att hitta behandlingar för personerna och svårt att genomföra studier för att undersöka bästa formen för behandling av samsjukliga. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård av denna grupp är att det ska finnas ett samarbete mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. De menar dock att det finns svårigheter i samarbetet när det ska ske mellan myndigheter som har olika huvudmän.

3.4 Samverkansmöjligheter

I dagens samhälle har det skett en decentralisering av ansvaret för vården, vilket innebär att olika instanser har utvecklat en specifik expertis inom sitt område istället för att ha mer generell kunskap (Lindberg, 2009). Lindberg menar att det blivit allt vanligare och viktigare att samverka mellan olika professioner för att öka den gemensamma kompetensen. Förr fanns det till exempel husläkare som tog hand om hela familjen och alla möjliga åkommor och problem. Det var till husläkaren man gick för att få hjälp oavsett vad det gällde och där fanns en samlad kunskap som hjälpligt kunde ta sig an det mesta. Idag (2015) har kunskaperna inom olika yrkesgrupper ökat och det finns specialister inom det mesta. Inom sjukvården idag hänvisas individen till den avdelning som är specialiserad på just det området där problemet finns. Samverkan blir viktigt för en ökad helhetssyn inom vården.

Behovet av samverkan ökar då det handlar om klientgruppen i denna uppsats. Problematiken hos gruppen samsjukliga är så mångfacetterad att det inte går att sitta på enbart en expertis

utan många professioner behöver ofta gå samman och utforma vården för att den ska bli så bra och välanpassad som möjligt för klienten. Denna typ av samverkan blir allt vanligare och finns med i många organisationers riktlinjer (Lindberg, 2009).

3.5 Verksamheterna

Till Socialtjänstens vuxenenhet kan studiens tilltänkta klientgrupp vända sig då de behöver hjälp med försörjningsstöd (socialbidrag). Där kan de få råd och stöd vid missbruksproblem. Det går även att få stöd för att komma i arbete eller studier och har klienten en funktionsnedsättning finns det insatser att få. Hit kommer många av de klienter som har en samsjuklighetsproblematik och socialsekreterarna följer många av klienterna under många års tid. Det är vuxenenheten som utreder placeringar enligt LVM (Wiklund, 2008).

Till psykiatrins slutenvård kommer patienter som ska vårdas enligt LPT (1177 Vårdguiden). Avdelningen sköter även avgiftningen på de som dömts till vård enligt LVM, innan de skickas till behandlingshem.

Behandlingshem enligt LVM tar emot klienter som dömts till missbruksvård enligt tvångslagen. Syftet med vården är att motivera klienten att efter avslutad vård, ta emot frivillig vård. Hemmen arbetar bland annat med hjälp av motiverande intervjusamtal (MI), olika metoder för återfallsprevention och aktivitetshus (Statens institutionsstyrelse, 2015).

4. Tidigare forskning

I detta avsnitt presenteras två vetenskapliga studier; en amerikansk studie som berör effektiviteten av tvångsvård och en nationell studie om samverkan inom socialt arbete. Då vår studie berör samsjukliga klienters situation i tvångsvården, samt hur professionella samverkar kring deras fall så är dessa två studier relevanta för vår undersökning. Dels för att få reda på om tvångsvård kan vara en effektiv behandlingsmetod och dels för att denna klientgrupp oftast är föremål för många olika delar av hjälpapparaten. Delar som samverkar mer eller mindre med varandra. Det har varit svårt att finna forskning om tvångsvård för samsjukliga och dess effektivitet. Denna brist skulle kunna bero på de etiska svårigheter som det kan innebära att utföra en sådan studie. Missbruksutredningen (SOU 2011:6) tillsatt av regeringen arbetade fram en forskningsöversikt. I forskningsöversikten menar de att för att kunna utvärdera tvångsvården behöver forskare jämföra personer som tvångsvårdas med personer med samma vårdbehov fast som inte vårdas alls. Detta skulle innebära att forskare medvetet lät personer som egentligen skulle fått tvångsvård att vara utan, för att istället fungera som kontrollgrupp för studien. Detta är av etiska skäl mycket problematiskt och därför använder sig de flesta studier av personer inom frivilligvården att jämföra med.

4.1 Tvångsvårdens effektivitet

Clark och Young (2009) visar i en amerikansk studie att integrerad vård och tvångsvård gav bättre resultat vad det gäller alkohol och drogbruk samt psykiatriska och traumarelaterade symptom än vad separerad och frivillig vård gav. Studien genomfördes genom att analysera intervju svar från standardiserade intervjuer med 2 726 kvinnor. Det rörde sig om vuxna kvinnor med samsjuklighet (missbruk och en psykiatrisk diagnos) och som blivit utsatta för våld och/eller övergrepp. Studien innehåller uppföljningar efter 6 och 12 månader. Studiens informanter skiljer sig inte särskilt mycket åt när det gäller demografi. De små skillnader man kunde se var att de som vårdades med tvång var några år yngre, något mindre utbildade, hade lägre inkomst de senaste 30 dagarna och hade i högre grad ett latin-amerikanskt ursprung.

Syftet med studien var att undersöka om våldsutsatta kvinnor med en samsjuklighet blir bättre när de vårdats under tvång än de som vårdats frivilligt. De förbättringsfaktorer som mättes var alkoholbruk, drogbruk, psykiatriska symptom och traumarelaterade symptom. Författarna ville dessutom undersöka om integrerad vård för missbruk, psykisk ohälsa och trauma gav ett bättre resultat än om de fick behandling för endast sitt missbruk. Efter 6 månader visade

studien att tvångsvården hade gett klart större förbättringar än frivillig vård på alla fyra områden; alkoholbruk, drogbruk, psykiatriska symptom och traumarelaterade symptom. I jämförelse mellan integrerad och icke-integrerad vård visade uppföljningarna vid 6 respektive 12 månader att de som fick integrerad vård gjorde bättre resultat (Clark & Young, 2009).

Begränsningar med studien som författarna själva lyfter fram är att resultatet endast gäller för kvinnor med samsjuklighet och en historia av våld/övergrepp. Därför kan det vara svårt att generalisera resultatet för andra grupper. Författarna menar också att en svaghet med studien är att undersökningspersonerna själva har rapporterat in symptomen, eftersom det finns en risk för att de känt att de borde rapportera ett positivt resultat (Clark & Young, 2009).

Förutom dessa begränsningar anser vi att uppföljningen på 6 och 12 månader inte är tillräcklig. För att se långsiktiga förändringar anser vi att fler uppföljningar bör göras. Vi saknar även en undersökning av hur klienten upplever vården; att bli tvingad till vård är att få sin egen förmåga att ta hand om sig själv ifrågasatt. Detta tycker vi är en mycket viktig aspekt då det handlar om människor. När det kommer till resultat av behandlingar tycker vi att detta inte bara kan visas i siffror utan man måste även undersöka vad det gör med människan. Detta är något som vi med vår studie vill belysa, hur klienterna blir påverkade av tvångsvård. Att genom att fråga professionella, få en bild av hur klienterna påverkas av tvångsvården och vad de säger om den.

4.2 Värdet av samverkan

Kihlström och Wikström (2009) presenterar i en svensk studie hur samverkan mellan organisationer påverkar arbetssättet och tjänsterna för klienten. Detta undersöktes genom att under fem år samla in material i form av observationer, dokument, kvalitativa semi-strukturerade intervjuer med både professionella och klienter och till sist kvantitativt frågeformulär till klienter. Detta på en plats där man under denna tid inlett ett samverkansprojekt runt klienter med en missbruksproblematik.

I analysen presenterar Kihlström och Wikström (2009) tre viktiga områden som identifierades under processen av samverkansprojektet. Det första var att professionella på olika organisationer började prata med varandra istället för att bara skicka skriftlig information. Detta bidrog enligt de professionella till större möjlighet att förklara och försvara sin åsikt vilket i sin tur ledde till färre missförstånd. Även klienterna gav positiva kommentarer då de menade att de kände sig mer lyssnade på och att de inte längre behövde ringa lika många

samtal till olika personer runt sitt ärende. Författarna diskuterar i analysen vikten av öppen och ömsesidig kommunikation såväl mellan professionella som mellan den professionella och klienten. Det andra viktiga området som identifierades var att villigheten att använda sig av sin expertis ökade. I samtal om klienterna ville de professionella utveckla sina tankar, vilket ledde till att diskussionerna kring klienterna gick från att bara vara en snabb dragning till att vara en engagerad realistisk diskussion. De professionella upplevde att detta bidrog till bättre behandling för klienten. Även klienterna sa sig uppleva en förbättring i handhavandet av deras behandling vilket gav dem en större känsla av trygghet och hopp. Det tredje och sista området som identifierades var hur klienternas verkliga behov blev mer synliga då de diskuterades i mycket högre grad. Då behoven klagjordes efterfrågades en bättre samordning av de olika insatser som var aktuella för klienten. Detta var något som klienterna ansåg var positivt med projektet, eftersom att de inte längre själva behövde berätta sin historia för alla olika organisationer, utan det skedde samordnat. Författarna hoppas att de med det presenterade positiva resultatet kan stimulera till diskussion om samverkan där man involverar klienter inom den offentliga sektorn (Kihlström & Wikström, 2009).

Författarna menar att det är ett komplext område de forskat på och det finns mycket som skulle kunna adderas till undersökningen, till exempel hur lagar och politik styr möjligheten till samverkan. De menar också att det finns fler faktorer som skulle kunna mäta hur lyckad samverkan är, såsom graden av de professionellas intresse av samverkan, användandet av goda rutiner etc. (Kihlström & Wikström, 2009). Vi anser att artikeln fokuserar på de positiva effekterna av samverkan, men inte på något negativt. Önskvärt hade varit en diskussion om vilka svårigheter och eventuella baksidor det finns. Detta är något som vi kommer att belysa i vår studie, huruvida det finns svårigheter och hinder för yrkesverksamma att samverka kring klienter med komplex problematik.

4.3 Forskningskontext

De båda studierna som presenterades i de förra avsnitten fokuserar på hur vården för klienten ska bli så bra som möjligt. De utgår ifrån klientgrupper som har flera problemområden som de behöver stöd eller vård för. Clark och Young (2009) kommer fram till att integrerad vård är att föredra för klienter med flera problemområden. Kihlström och Wikström (2009) visar på att samverkan är något som är positivt för deras upplevelse av det stöd och den vård som samhället erbjuder. Studierna skiljer sig bland annat genom att Clark och Young (2009), använder sig av mått såsom alkoholanvändning för att bedöma om vården varit lyckad eller ej,

medan Kihlström och Wikström (2009) mäter framgång genom att intervjua klienter och fråga efter deras upplevelser. Alltså använder de två helt olika mätverktyg. Hade de använt samma mätverktyg kanske resultaten hade sett annorlunda ut.

Sammanfattningsvis skapar dessa studier en bild av att tvångsvård, integrerad vård och samverkande behandlare är positivt för de klienter som har flera problemområden. Flera problemområden kan till exempel vara att man lider av både ett missbruk och en psykiatrisk problematik, alltså en samsjuklighet. Vår studie är ett bidrag till att fylla en kunskapslucka om hur klienten påverkas av tvångsvården. Samt att belysa svårigheter med att samverka.

Tidigare forskning används i denna uppsats för att diskutera och sätta studiens resultat i ett vetenskapligt sammanhang. För att analysera studiens empiri används enbart den teoretiska referensram som presenteras i nästa kapitel.

5. Teoretisk referensram

I detta kapitel presenteras de teoretiska begrepp som kommer att utgöra studiens teoretiska referensram. Dessa begrepp kommer att användas som redskap för analys av studiens empiri och för att besvara studiens frågeställningar. Författarna har valt att använda begreppet *handlingsutrymme*; ett begrepp som ursprungligen handlar om professionellas möjlighet att handla. Detta begrepp har valts för att det beskriver vad som bestämmer vad individer kan och inte kan göra. Då studien lägger vikt vid att lyfta ett klientperspektiv anser vi att begreppet också kan användas om klienters möjlighet att handla. Första avsnittet behandlar definitionen av begreppet handlingsutrymme. Därefter följer två avsnitt som beskriver handlingsutrymme ur ett professionellt perspektiv samt ur ett klientperspektiv. I anslutning till klienternas handlingsutrymme finns två begrepp som valts till studien för att beskriva hur klienter kan öka sitt handlingsutrymme inom ramen för tvångsvård. Det första begreppet är *mortifikationsprocesser* och det andra begreppet är *motmakt*. Dessa begrepp beskriver två fenomen som påverkar klienters handlingsutrymme. Detta då klienter på olika sätt går emot behandlare, handläggare eller skötare för att försöka återta makten över sina liv, vilket kan göra att deras handlingsutrymme både ökar eller minskar.

5.1 Handlingsutrymme

I denna studie definieras *handlingsutrymme* som den möjlighet professionella och klienter har att handla. I detta avsnitt beskrivs bakgrunden till definitionen av begreppet.

Berglind (1990) beskriver hur att *handla* är att medvetet se till att något händer, eller att tvärtom förhindra att något händer. Han menar att en handling är resultatet av människans inre förmåga och strävan i kombination med omgivningens möjligheter och begränsningar. För att en handling ska ske menar han både att förmåga att handla och viljan att handla måste finnas (Berglind, 1990).

I litteraturen definieras handlingsutrymme som den möjlighet man har att agera utifrån det utrymme som organisationen ger (Svensson, Johnsson och Laanemerts 2008). Att ha makt över att besluta om vad och när en handling ska ske, det är att ha handlingsutrymme.

Svensson et al. menar att det finns många olika faktorer som styr den professionellas handlingsutrymme, såsom organisationens uppdrag, relationen med klienten och samverkan med andra aktörer. Såsom Berglind (1990) beskriver kan handlingsutrymme även handla om

att ha möjlighet att förändra faktorer som påverkar ens handlingsutrymme i sig. En styrka med Svensson et.al (2008) definition är hur den beskriver hur det finns många olika faktorer som påverkar den professionellas handlingsutrymme. Den ger därmed en bra beskrivning över den komplexitet som det kan innebära att arbeta inom socialt arbete. Svagheten med deras definition är att den endast beskriver handlingsutrymme för de professionella. Det saknas en utvidgning som inkluderar klienters handlingsutrymme, då detta påverkas av samma faktorer men ifrån ett annat perspektiv. Därför har vi valt att utifrån Svenssons et al. definition göra en utvidgning och definiera handlingsutrymme så att det även gäller klienter. I denna studie definieras därmed *handlingsutrymme* som den möjlighet professionella och klienter har att handla. Vad som styr denna möjlighet för respektive grupp kommer att beskrivas i de två följande avsnitten.

5.2 De professionellas handlingsutrymme

För en socialarbetare innebär handlingsutrymme möjlighet att agera inom det utrymme som skapas mellan klientens intressen och organisationens uppdrag. Då mycket av socialt arbete i Sverige idag handlar om individuella bedömningar behöver socialarbetaren ha en professionell hållning och kunskap om vilka handlingar som är meningsfulla och rimliga (Svensson et al. 2008). Utan denna kunskap finns risken att bedömningar blir orättvisa. Det blir problem om det inte görs relevanta och objektiva bedömningar, utan att okunskap och fördomar får påverka vilka handlingar som sker.

Socialarbetarens handlingsutrymme påverkas av den organisation som hen arbetar inom. För att den professionella ska kunna veta vilka möjligheter hen har att handla behövs kunskap om organisationen. Kunskap om vilka resurser som finns, organisationens huvuduppgifter och hur organisationen uppfattas utifrån (Svensson, et al. 2008). Hur organisationen är organiserad påverkar handlingsutrymmet. Till exempel har New Public Managementfilosofin påverkat den offentliga verksamheten i Sverige under de senaste åren. Detta har bidragit till större ansvar på kommunnivå, vilket i sin tur gett socialarbetarna större ansvar och även ett större handlingsutrymme (Lindgren, 2014).

Relationen mellan socialarbetare och klient påverkar handlingsutrymmet. En behandlingsrelation innefattar alltid en maktobalans då socialarbetaren har tolkningsföreträde. För att kunna hjälpa klienten behövs en allians skapas, där ritualer för samspelet sätts. Hur denna relation kommer att se ut påverkar handlingsutrymmet. Till exempel ökar

handlingsutrymmet då relationen präglas av tillit istället för misstänksamhet. Då det blir aktuellt med tvång blir relationen mellan klient och socialarbetare ofta försämrade, eftersom att tvång oftast innebär att man som professionell går emot klientens uttalade vilja (Svensson et al. 2008).

Socialarbetare har möjlighet och ofta också som uppgift att samverka med andra organisationer, något som också påverkar handlingsutrymmet. Genom att samarbeta med till exempel andra kompetenser och resurser skapas möjligheter att erbjuda klienten fler handlingsalternativ. Samtidigt som detta samarbete kan begränsa handlingsutrymmet i vissa fall då beroende mellan olika instanser kan uppstå och arbetet kan hindras i till exempel väntan på att andra aktörer ska svara (Svensson et al. 2008).

5.3 Klienternas handlingsutrymme

För klienterna innebär handlingsutrymme deras möjligheter att påverka sin situation. Klienters handlingsutrymme påverkas dels av inre faktorer så som kraft och ork, men även av hjälpapparaten som är ansvarig för deras vård och dess regler och bestämmelser. Det finns aldrig någon helt tydlig gräns mellan frivillighet och tvång för klienter, trots att det finns tvingande lagar såsom LVM. I många situationer utanför det juridiska tvånget kan det uppstå tvingande inslag där klientens handlingsutrymme förminskas på grund av till exempel begränsade valmöjligheter. Inom socialt arbete uppstår hela tiden situationer i mötet mellan klient och socialarbetare, där klienten måste förhålla sig till socialarbetaren och de riktlinjer hen drar upp (Svensson et al., 2008). Handlingsutrymmet begränsas också då klienter måste anpassa sig och ikläda sig en roll utefter vad som förväntas av en viss typ av hjälpsökande. Det kan göra det svårt för klienten att få hjälp på det sätt som hen önskar. Klienten kan också bli tvungen att uppfylla vissa kriterier för att kvala in under en viss grupp av hjälpanande insatser. Uppfyller hen inte de villkor som finns för att få ta del av en viss insats kan det innebära att klienten får nöja sig med en annan insats eller riskerar att bli utan insats. I dessa lägen kan det bli aktuellt för en klient att tillämpa det som Svensson et al. (2008) benämner som en outtalad anpassning. Där klienten anpassar sig efter de spelregler som är uppsatta av de olika myndigheterna för att passa in i normen av hjälpsökande individer och därmed begränsa sitt eget handlingsutrymme (ibid).

5.4 Mortifikationsprocesser

Goffman (2014) beskriver hur intagna i olika totala institutioner på olika sätt tvingas lägga bort delar av sig själva för att anpassa sig efter institutionerna. Detta kallar Goffman för *mortifikationsprocesser*. Det börjar redan då klienter kommer till institutionen och de fråntas sina tillhörigheter. Han beskriver hur de fråntas de attribut som utanför institutionen hört till deras arsenal av uttryck för att beskriva den egna personen. När de blivit fråntagna de personliga attributen, så som till exempel kläder och smink, har klienterna förlorat ett lager av "skydd" gentemot omvärlden. De kan inte längre dölja sig bakom en personlig stil och tillhör, istället för någon gruppering ute i samhället, den stora gruppen av "intagna klienter på en institution". Goffman beskriver hur institutioner systematiskt tvingar intagna att underkasta sig institutionens system. Detta sker till exempel genom att de intagna kroppsvisiteras grundligt av personal, att de inte kan göra något åt att deras post genomsöks innan de får den eller att de måste lyda och följa de regler som finns uppsatta. Detta för att undvika bestraffningar i form av till exempel sanktioner av förmåner. Institutionen stoppar individernas autonomi och de blir tvingade att be personal om tillåtelse att få utföra saker som utanför institutionen hade varit självklart att få göra, till exempel att ringa ett telefonsamtal, röka en cigarett eller gå en promenad på rastgården. Om klienter följer de regler som är uppsatta och betar sig så som institutionen kräver, även om det innebär att de måste ändra sitt beteende och kanske "döda" en del av sig själv, kan klienten därigenom åtnjuta förmåner och belöningar inom institutionens ramar (Goffman, 2014). Exempel på vad klienter kan göra för att komma i god dager på institutioner kan vara att de uppträder vänligt mot personal, hjälper till att städa på avdelningar och säger saker som de tror låter bra i vårdarnas öron.

5.5 Motmakt

Skau (2007) beskriver ett obalanserat maktförhållande mellan klient och hjälpapparat. Hon menar att det enligt lag finns rättigheter för klienter som till viss del kan utjämna olikheter i maktförhållandet mellan klient och hjälpapparat. Dock menar hon att dessa rättigheter inte förändrar den obalans som finns som alltid väger över till nackdel för klienten. Skau (2007) fortsätter med att beskriva hur klienter kan ha svårt att föra fram sin önskan om vårdens utformning till exempel om de inte har kunskap om sina juridiska rättigheter och inte blir upplysta om dem. Hon talar även om de situationer där klienterna ibland känner till sina rättigheter men saknar fysisk eller psykisk energi för att kämpa för sin rätt. Skau (2007) lyfter fram hur klienter kan använda sig utav motmaktstrategier för att själva påverka sin situation och göra egna val. Dessa strategier kan ta sig uttryck i till exempel att vägra ta ordinerad

medicinering eller bryta mot överenskommelser som slutits med behandlaren. Detta skulle kunna ses som ett sätt att försöka ta kontroll över sitt handlingsutrymme och över sitt liv. Hon påpekar dock att det alltid finns en risk med denna typ av handlande då klienter kan råka ut för att behandlingspersonal inför straffåtgärder för klienten.

Skau (2007) nämner i relation till klientens känsla av maktlöshet och hur hen kan vidta åtgärder för att kontrollera sin situation; den professionella hjälparens känsla av maktlöshet i mötet med klienter. Hon menar dock att de professionellas upplevelse inte går att likställa med klienters eftersom de professionella besitter större makt att påverka känslan än vad klienter gör. Detta gör att professionella inte har samma behov som klienter att utöva motmakt.

5.6 Referensram

Sammanfattningsvis utgörs uppsatsens teoretiska referensram utav tre begrepp: *handlingsutrymme*, *mortifikationsprocesser* och *motmakt*. Dessa begrepp utgör en ram som hjälper oss att förstå de fenomen som professionella beskriver i frågor om hur samsjukliga klienter påverkas av tvångsvård, hur de upplever sin arbetssituation, samt hur samverkan ser ut.

Studiens analys tar avstamp i begreppet handlingsutrymme som förklarar vad som påverkar hur stort utrymme professionella och klienter har att handla. Detta begrepp används för att få en förståelse för vad som avgör om en handling är möjlig eller ej och hur man som professionell upplever att det påverkar dem själva samt deras klienter. För att förstå klienters handlingsutrymme inom ramen för tvångsvård används två kompletterande begrepp: motmakt och mortifikationsprocesser. Dessa beskriver hur klienten kan agera för att å ena sidan öka sitt handlingsutrymme (motmakt) genom att till exempel vägra lyda en vårdares instruktioner för att känna att hen själv beslutar om sitt liv. Och å andra sidan inskränka på det egna handlingsutrymmet (mortifikationsprocesser) genom att till exempel foga sig in i systemet för att inte råka i trubbel på institutionen.

6. Metod

Studien är en kvalitativ studie som grundar sig på empiri från sju intervjuer. Dessa intervjuer genomfördes i mars 2015, med tre socialsekreterare på vuxenenhet, två skötare inom psykiatri samt två behandlingsassistenter inom LVM-vården. I detta kapitel beskrivs hur denna uppsats vuxit fram. Under de kommande avsnitten behandlas bland annat vilka metoder och informanter som valts och varför, hur intervjuer och analys har genomförts och diskussion om uppsatsens reliabilitet, validitet och etiska överväganden. Varje avsnitt innehåller en diskuterande del som förklarar de val och ställningstagande som gjorts.

6.1 Metodval

Denna studie har en beskrivande och en explorativ ansats samt ett fenomenologiskt förhållningssätt. Den använder sig av en kvalitativ metod med intervjuer, då det lämpar sig bäst för studiens tänkta syfte. Kvale och Brinkmann (2014) beskriver hur fenomenologin försöker att förstå världen utifrån hur människor beskriver och uppfattar den. Bryman (2011) menar att den kvalitativa metoden är inriktad på deltagarnas uppfattning, genom att de får beskriva med ord utifrån sin egen förståelse. Han menar vidare att kvantitativa undersökningar däremot fokuserar på att pröva befintlig forskning med hjälp av siffror. En nackdel med kvalitativ metod kan vara att resultatet inte är generaliserbart för en större del av befolkningen, vilket ofta är möjligt med en kvantitativ metod (Bryman, 2011). Dock möjliggör en kvalitativ metod att få en nyanserad beskrivning av den intervjuades perspektiv på verkligheten, en beskrivning av vad som händer i specifika situationer och handlingar, inte allmänna åsikter (Kvale & Brinkmann, 2014).

För att genomföra undersökningen har semistrukturerade intervjuer valts som metod. Bryman (2011) beskriver hur forskaren utgår ifrån teman som intervjupersonen har stor frihet att besvara såsom hen vill. Därmed blir intervjun mer som ett samtal där informantens tankar får ta plats, samtidigt som det finns en intervjuguide med teman för att forskaren ändå ska få ut den information som söks. En nackdel med en semistrukturerad intervju är att den från gång till gång inte går att återupprepa (Bryman, 2011). Detta menar han sänker reliabiliteten och validiteten i studien, eftersom att det är svårt att tro att studien skulle göras om och få exakt samma resultat. I denna studie har valet av semistrukturerad intervju inneburit att intervjusituationerna har blivit avslappnade och informanterna har fått utrymme att fritt beskriva sina tankar och åsikter.

6.2 Urval och urvalskriterier

Då syftet är att undersöka klienternas situation hade det varit intressant att intervjua klienter direkt, men med tanke på att klienterna ofta är utsatta och i många fall väldigt sjuka var det inte genomförbart. Istället genomfördes intervjuer med sju personer som i sitt yrkesverksamma liv möter dessa klienter och som därmed ansågs veta något om hur klienternas situation ser ut. I undersökningen har ett målinriktat urval skett, det vill säga informanter som är relevanta för forskningsfrågorna har valts ut (Bryman, 2011). Intervjuerna hölls med tre socialsekreterare på en vuxenenhet varav en var förste socialsekreterare, två vårdare från en slutenvårdsavdelning inom psykiatri och slutligen två behandlingsassistenter från ett LVM-hem. Att just dessa tre professioner valdes beror på att de alla har kontakt med en och samma klientgrupp, fast inom olika instanser. Genom att intervjua från alla instanser får resultatet ett vidare perspektiv och därmed en större helhetsbild.

Studiens urvalskriterier har formulerats som följande inkluderings och exkluderingsfaktorer:

Inkluderingsfaktorer

- Nära klientkontakt i det dagliga arbetet.
- Socialsekreterare på vuxenenhet inom socialtjänsten.
- Behandlingsassistent på LVM-hem.
- Skötare inom psykiatri inriktning LPT och LVM.

Exkluderingsfaktorer

- < 1 års arbetserfarenhet av klientgruppen.
- LVU-vården.
- Ej möjlighet att genomföra intervjun inom vårt tidsfönster.
- Chefspost eller liknande där det dagliga mötet med klientgruppen saknas.

För att få informanter till studien inom socialtjänst och LVM-vård kontaktades enhetschefer och avdelningsföreståndare. Inom socialtjänsten tackade 5 av 9 enhetschefer direkt nej till att delta på grund av för hög arbetsbelastning, 3 lovade att kolla upp möjligheterna men återkom inte. I övrigt visade det sig vara enkelt att få intervjuer inbokade, både LVM-vård, psykiatri och en enhetschef inom socialtjänsten var mycket hjälpsamma och utsåg informanter till studien. För att hitta informanter inom psykiatri skickades

informationsbrevet först ut via pressavdelningen på sjukhuset till alla psykiatriska avdelningar och därefter kontaktades avdelningschefer via telefon som därefter utsåg två skötare som informanter. Efter att de informerats över telefon skickades ett informationsbrev (bilaga 1) via epost, så att avdelningsföreståndarna kunde få mer information och även informera de som skulle intervjuas.

Avsikten var att intervjua personer som jobbar så nära klienterna som möjligt, det vill säga möter dem dagligen i sitt arbete. Därför var tanken att undvika personer på chefsposter och liknande. Dock uppstod en situation där en som skulle intervjuas fick förhinder i sista stund, då erbjöd sig en förste socialsekreterare att ställa upp i dennes ställe. Idén med studien var att komma så nära klienterna som möjligt och eftersom förste socialsekreteraren tidigare jobbat direkt med klientgruppen ansåg vi att hen uppfyllde våra kriterier för informanter. Ett val som till viss del kan ha påverkat studiens resultat.

Vilka informanter som valts att tas med i studien har påverkat studiens resultat. Hade intervjuerna varit med bara till exempel socialsekreterare hade resultatet blivit aningens djupare vad det gäller socialsekreterares bild, men bredden av studiens empiri hade inte blivit lika stor.

6.3 Genomförande

I detta avsnitt beskrivs hur studien genomförts, här behandlas hur information och empiri samlats in, bearbetats och sedan skrivits ner i denna uppsats.

6.3.1 Informationssökning

I litteratursökningen har databaserna GUNDA, Social services abstract och PubMed använts. Svenska sökord som använts är: *samsjuklighet*, *tvångsvård* och *samverkan*. Samt de engelska sökorden: *cormobidity*, *co-occurring disorders*, *substance abuse*, *mental health*, *compulsory*, *cooperation*, *colaboration* och *liaison*. I studien har även använts litteratur från tidigare kurser på Socionomprogrammet, litteratur som vi med hjälp av andra uppsatser hittat, information från regeringens och Statens offentliga utredningars hemsidor, samt litteratur som uppsatsens handledare tipsat om.

6.3.2 Intervjuer

För att samla in empiri till undersökningen har sju intervjuer genomförts. Informanterna fick själva föreslå plats för intervjuerna, både för att det kändes viktigt att de kände sig trygga och avslappnade i miljön, men också för att det praktiskt kunde vara svårt för dem att åka. Sex av intervjuerna utfördes på informanternas arbetsplatser och en på universitetet. För att förtydliga att informationen verkligen gått fram och för att informanterna skulle vara försäkrade om att frivillighet rådde fick de skriva under en samtyckesblankett (bilaga 2) innan varje intervju började.

Intervjuguiden (bilaga 3) som skulle användas testades först i en pilotintervju med en person som var väl insatt i fältet. Syftet var först och främst att testa om guidens teman och frågor förstods på det sättet som det var tänkt, men också att kolla hur lång tid en intervju kunde ta. Pilotintervjun genomfördes på ett autentiskt sätt och därefter följde ett samtal med den som intervjuats om hur det hade känts och om hen tyckte att något tema fattades eller borde utvecklas. I stort gick pilotintervjun som planerat. Det som upptäcktes var att frågorna nödvändigtvis inte måste komma i den ordning de står. Om informanten får styra i vilken ordning frågorna kommer utefter vad hen tar upp, skapas en mer avslappnad intervjusituation. En annan lärdom var att efter frågor om framtiden ställts stannade intervjupersonen kvar lite i det tidsperspektivet, trots att de kommande frågorna handlade om nutid. Så för att behålla rätt tidsperspektiv i intervjuerna, blev målet att försöka ställa framtidsfrågorna till sist i intervjun. I studien används en semistrukturerad intervju, en metod som ger möjlighet att improvisera utifrån intervjuguiden med syfte att följa upp det informanten säger (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuerna utfördes med en hög grad av flexibilitet där intervjusituationen fick styra i vilken ordning de olika teman som valts ut till studien dök upp. Intervjuerna blev som samtal där frågeställningarna i intervjuguiden användes ibland, men även följdfrågor som dök upp i stunden. För att inte låta intervjun påverkas för mycket av den egna förförståelsen försökte uppsatsens författare i så hög grad som möjligt att inte ställa ledande frågor och höll frågorna inom ramen av den intervjuguide som skapats.

Viktigt att komma ihåg är att en intervju inte är ett jämnlit samtal utan att det finns en maktobalans mellan intervjuare och informant. Detta bland annat för att intervjuaren är den som ställer frågor och därmed bestämmer när och om vad man ska samtala (Kvale & Brinkmann, 2014). Denna studie har gjorts med en medvetenhet om detta och fokus har lagts på att hålla sig till att ställa öppna frågor för att informanten ska få chansen att berätta utifrån

sin egen uppfattning. Intervjuaren har också försökt att följa med informanten och föra intervjun vidare genom följdfrågor på det som sagts. Detta har gjort att intervjuguiden inte alltid följts i ordning, men det har förhoppningsvis skapat en känsla hos informanten att det är hans tankar som är viktiga.

Intervjuerna varade i 30-50 minuter och spelades in för att sedan transkriberas. Vid transkribering valdes vissa delar som inte ansågs vara relevanta för studien bort, detta för att förenkla transkriberingen. Detta gjorde att tidsåtgången blev mindre och att empirin som skulle analyseras inte blev fullt så omfattande. Intervjuerna transkriberades ordagrant, för att göra det möjligt att använda citat för att presentera resultatet. Det transkriberade materialet analyserades sedan med hjälp av de begrepp som valts för studien.

6.3.3 Analys av material

Genomförandet av studien har varit av induktiv art, då valet av begrepp att använda för analys samt metodval faststälts först efter att empiri samlats in (Bryman, 2011). Då författarna gick igenom empirin, fanns det flera specifika områden som berördes av informanterna. Detta gjorde att en tematisk analys valdes som en lämplig metod att använda för undersökningens analys. Den tematiska analysen är en analysform som lägger vikt vid vad som sägs och inte hur det sägs (Bryman, 2011), vilket stämmer bra överens med studiens syfte som handlar om att undersöka vad professionella berättar.

Inledningsvis lästes empirin igenom ett par gånger av båda författarna för att få känsla för vilka teman som huvudsakligen lyftes fram av informanterna. Det som framförallt söktes efter är repetitioner, likheter och skillnader mellan de olika informanternas svar. Studiens författare identifierade tre huvudteman: Tvångsvård, Samverkan och "Mellan stolarna". Dessa huvudteman fick två eller tre subteman vardera, totalt åtta stycken. Författarna har sedan delat upp empirin under det eller de teman som beskrevs, så att empirin koncentrerades under varje tema. Detta för att underlätta det fortsatta arbetet då ett subtema i taget skulle analyseras. I detta skede valdes även de begrepp som skulle användas för analysen. Eftersom att studien har en induktiv ansats gjordes detta efter vad som kom fram i empirin. Där tycktes informanterna tala om något som skulle kunna beskrivas som en balansgång mellan organisationens uppdrag och klientens bästa. Därmed valdes begreppet *handlingsutrymme* för analysen av empirin. Det var också viktigt för författarna att klienten skulle synliggöras i

rapporten. Därför valdes även begreppen *motmakt* och *mortifieringsprocess* som analysredskap för att beskriva klientens handlingsutrymme.

Utifrån begreppen lästes empirin igenom av båda författarna. Sedan jämfördes det som var och en fått fram och sammanställdes i en resultat och analysdel. Målet med resultatdelen är att i så stor grad som möjligt återge den bild som informanterna givit. Författarna är väl medvetna om att den egna tolkningen av materialet styr vilka delar som presenteras och därmed vilken bild som framkommer i resultatet.

6.3.4 Arbetsfördelning

Studien är utförd genom ett samarbete mellan de båda författarna. I största möjliga mån har reflektion över materialet skett i gemensamma diskussioner. Därmed är båda författarna lika delaktiga och ansvariga för det som står skrivet i uppsatsen. För att spara tid har huvudansvaret för att skriva vissa avsnitt delats upp. Linnea har haft huvudansvar för bakgrund, teoriavsnitt och tema 2, medan Sara har haft huvudansvar för tidigare forskning, metod och tema 1. Dessa avsnitt är dock, precis som övriga ej nämnda avsnitt, igenomlästa, diskuterade och redigerade av båda författarna. Detta för att båda kunna stå som ansvariga och för att texten i de olika delarna ska bli så likformig som möjligt.

6.4 Reliabilitet och validitet

Hade samma studie genomförts igen, i liknande situation, hade resultatet kanske blivit annorlunda. Alltså är *reliabiliteten* i studien inte särskilt hög (Bryman, 2011). Eftersom intervjusituationen är speciell i avseendet att den mänskliga faktorn spelar in, skulle det vara svårt att återskapa exakt samma förutsättningar och få samma svar. Informantens uppfattning kan förändras över tid och beroende på hur frågor exakt formuleras kommer hen att svara olika utifrån sin tolkning av frågorna. Något som höjer reliabiliteten är att författarna, i analysen av materialet, valt att först analysera på varsitt håll för att sedan sammanställa de gemensamma fynden.

Enligt ursprungsbetydelsen av kvalitetsmättet *validitet* skulle undersökningen behöva utmynna i siffror. Men om validiteten istället mäts i mått av att det som var tänkt att bli undersökt faktiskt undersökts, är studiens validitet är hög (Kvale & Brinkmann, 2014). Det som är formulerat i syfte och frågeställningar är det som frågas efter i intervjuer och som sedan presenteras och analyseras i uppsatsen.

6.5 Förförståelse

Båda författarna till denna uppsats har sedan tidigare på olika sätt kommit i kontakt med samsjukliga klienter som varit aktuella för tvångsvård. Linnea genom sitt arbete som behandlingsassistent inom Socialresurs på ett stöd- och habiliterings boende för personer med samsjuklighet; missbruk och psykisk ohälsa. Sara genom att arbeta två somrar som behandlingsassistent på en låst avdelning på ett LVM-hem. Ingen av författarna har personlig erfarenhet av att leva med missbruk eller psykisk ohälsa eller att vara aktuell för tvångsvård. Författarnas erfarenhet är att klienter ofta riskerar att falla “mellan stolarna” då de är i behov av vård för två olika slags problematik. I arbetet med samsjukliga klienter har författarna bland annat sett exempel på hur de ibland får stöd för att komma ur sitt missbruk på ett LVM-hem, men klienten behandlas inte för sin psykiska ohälsa. Då dessa personer på grund av sin psykiska ohälsa sen inte lyckats hålla sig drogfri kan behandlingen upplevas som misslyckad. Detta anser vi drabbar klienten på ett negativt sätt i onödan.

Eftersom det redan sedan innan arbetet med uppsatsen funnits en förförståelse om hur situationen ser ut, har en ständig diskussion om dess påverkan förts. Det har hela tiden funnits en medvetenhet om att studien riskerat att vinklas i en riktning som stämmer överens med författarnas förförståelse. Därför har författarna genomgående jobbat för att motverka sin egen inverkan på informanter och övrigt material. Detta bland annat genom att vara helt öppna för att få sin förförståelse motbevisad.

6.6 Etiska överväganden

Denna studie följer vetenskapsrådets forskningsetiska principer. Genom att i informationsbrev och muntligt i samband med intervjun berätta om studiens syfte och att informantens medverkan var frivillig uppfylldes *informationskravet*. En samtyckesblankett (bilaga 2) skrevs under av informanten för att genom en aktiv handling säkerställa att personen själv beslutade över sin medverkan och därmed uppfylldes *samtyckeskravet*. För att uppfylla *konfidentialitetskravet* har inte mer personuppgifter än nödvändigt samlats in och dokumenterats. Detta har betytt namn, telefonnummer till arbetsplatsen och mejladress, vilka i sin tur förvarats så att de endast varit tillgängliga för författarna. Dessa uppgifter makuleras efter att uppsatsen färdigställts och godkänts. Dessutom används fingerade namn i studien. Till sist har *nyttjandekravet* uppfyllts då det insamlade materialet endast använts till denna studie (Vetenskapsrådet, u.å.).

Redan innan studien inletts reflekterade författarna över olika etiska överväganden. Först genom en reflektion kring huruvida en studie av klienters tillvaro inom vård enligt LVM och LPT hade ett värde (Sandman & Kjellström, 2013). Studiens författare kom fram till att det fanns ett värde i att genomföra studien eftersom att klienter med samsjuklighet har en utsatt ställning i samhället och ofta uppfattas som en missförstådd grupp. Författarna ville skapa en förståelse kring vård av samsjukliga och belysa deras situation vilken författarna själva uppfattade som problematisk.

Sedan har flera etiska överväganden gjorts under studiens gång. Ett var när intervjupersoner skulle väljas. Önskvärt hade varit att intervjua klienter, men då båda författarna arbetat med och känner till denna klientgrupp upplevdes det redan från början etiskt fel att utföra intervjuer med dem. Dessutom krävs ett godkännande från en regional etikprövningsnämnd, innan intervjuer med klienter genomförs. Det handlar om en mycket utsatt klientgrupp som i många fall är mycket sjuka. Att komma in med intervjufrågor som skulle kunna antyda att de inte fick den vård som skulle vara den bästa för dem, skulle kanske väcka alldeles för mycket tankar, funderingar och frustration hos dem. Dessutom skulle många på grund av sin psykiatriska diagnos ha svårt för att klara av intervjusituationen som kan kännas väldigt pressande och stressande (Sandman & Kjellström, 2013).

Genomgående i denna uppsats innehåll har det varit viktigt att inte utmåla klienterna som offer, oförmögna att hjälpa sig själva. Vilket har varit svårt då det handlar om klienter som faktiskt vårdas med tvång och därmed fråntas rätten att själva styra över sina liv under perioder. Att inte intervjua klienterna utan den personal som vårdar dem, för att undersöka klienternas situation, medverkar till en känsla av omyndigförklarande. För att försöka undvika detta har bland annat uppsatsens språk diskuterats. Ett ord som *hjälp* har medvetet undvikits så långt det varit möjligt och istället har *vård* eller *behandling* använts. Detta för att markera att det inte handlar om en oförmögen människa utan om människor som lider av olika sjukdomar som man kan vårdas för. I intervjuguiden finns ett tema som handlar om reaktioner och upplevelser från klienternas sida. Detta för att klienternas perspektiv ansågs vara viktiga för studien, även om det i detta fall var tvunget att ske via de professionellas intryck.

I de citat vi valt att lyfta fram i resultatet kan tonen gentemot andra yrkesgrupper ibland låta lite hård. Syftet med studien är dock inte att visa på en konflikt mellan de olika yrkesgrupperna; utan att visa på att olika organisationer och professionellas skilda

handlingsutrymmen och begränsade resurser kan orsaka svårigheter och frustration i samverkan. I studien finns citat från informanter som vittnar om en frustration de känner då arbetet försvåras genom att organisationerna har en hög arbetsbelastning.

7. Resultat och analys

I detta kapitel presenteras det som kommit fram då empirin analyserats. Här presenteras under varje rubrik det som blivit sagt i en resultatdel och sedan analyseras detta direkt under resultatet utifrån de begrepp som valts för studien. Upplägget är att först som en introduktion låta klientgruppen beskrivas med hjälp av informanterna i första avsnittet. För att sedan gå vidare med tre teman: Tvångsvård, Samverkan och Klienten mellan stolarna, som i sin tur är uppdelade i två eller tre subteman. Dessa teman presenteras först med en resultatdel, varpå analysen följer direkt. Till sist presenteras en avslutande sammanfattning med slutsatser.

Huvudresultatet i studien visar att samsjukliga klienter riskerar att falla mellan stolarna då ansvaret för deras vård är uppdelad på två olika huvudmän. I intervjuer framkommer att de professionella inte anser att tvångsvård är en särskilt bra lösning för samsjukliga klienter, men ändå nödvändig för att rädda liv. Det finns även en kluvenhet bland informanterna inför sitt arbete där de å ena sidan måste följa organisationens uppdrag, men å andra sidan klientens vilja. Detta kan bidra till etiska dilemman som kan vara svåra att hantera, särskilt då klientgruppens problematik är komplex och svår. Reaktionen som de professionella fått från klienter dömda till tvångsvård skiljer sig mellan olika klienter. Över tid förändras vanligtvis upprörda känslor till tacksamhet. Samsjukliga klienter har många olika behov och genom att samverka möjliggörs användandet av varandras kunskapsområden, missförstånd minskar och framför allt får klienten möjlighet att vara delaktig och informerad om vad det är som pågår i behandlingsprocessen. Dock finns svårigheter med att samverka mellan två organisationer som dels har resursbrist och dels har olika organisationsstruktur. Att instanserna är så olika gör att det finns motsättningar mellan dem, båda sidor vet vad som behöver ske och tycker att de andra inte tar sitt ansvar. Mitt i detta befinner sig en klient som i värsta fall inte får hjälp någonstans utan faller mellan stolarna i ett system där ingen vill ta ansvar.

7.1 Beskrivning av klientgruppen

Då informanterna ombeds att beskriva klientgruppen med samsjuklighet säger de att det är svårt att göra då klienterna är unika. I detta avsnitt presenteras en kort samlad bild av det som ändå beskrivs.

Något att komma ihåg är att en klient med samsjuklighet ofta, men inte alltid, är hemlös. Hen kommer ofta, men inte alltid, från svåra förhållanden med missbrukande föräldrar eller

psykisk ohälsa i släkten. Det är inte givet att alla personer med problematiken samsjuklighet har växt upp under svåra förhållanden. Thomas, som arbetar på socialtjänsten, beskriver hur människor från alla samhällsskikt kan fastna i psykisk ohälsa och drogberoende. Cassandra, från socialtjänsten, berättar att personerna ofta inte har insikt i hur allvarligt deras missbruk eller psykiska ohälsa faktiskt är. Marianne, som arbetar inom LVM-vården, beskriver:

“Det är svårt att beskriva dem som grupp för de är ju väldigt individuella. Men det som förenar dem är ju förutom missbruket då såklart, att de har ofta någon form av neuropsykiatrisk diagnos och upp till det så kanske det finns någon personlighetsstörning eller antisocial personlighetsstörning, schizofreni. De har också kanske drabbats av psykoser på grund av sitt missbruk och det ena förvärrar ju det andra.”

/ Marianne

Informanten Pelle beskriver hur han själv uppfattar att klientgruppens situation ute i samhället ser ut. Hans svar på frågan om de är en grupp som blir lyssnad på i samhället vittnar om att det nog inte är så. De utmärker sig och människor runt omkring vet inte hur de ska bemöta denna grupp.

“Blir de sedda för sina dåligheter eller på sitt sätt att vilja ha uppmärksamhet. [...] det ställer till mycket bekymmer ute i kommunerna, de här med psykisk sidoproblematik som ställer till med missbruk, de syns ju. Och deras problematik ställer till med ytterligare utanförskap, folk blir rädda och skyr dem o så va.”

/ Pelle

Klienter med samsjuklighet är ofta väldigt djupt nedstämda och många är deprimerade. Ofta är detta människor som inte har någon fast punkt i tillvaron. Det kan handla om människor som levt som hemlösa under lång tid och de är ofta väldigt medvetna om att de håller på att rasera hela den tillvaro som de har om den inte redan är raserad. Klienterna är både socialt, ekonomiskt, fysiskt och psykiskt i botten. De är ofta kriminellt belastade och kanske även väntar på någon dom. Det är en väldigt belastad och utsatt grupp människor.

7.2 Tema 1 - Tvångsvård

Under detta tema presenteras tre områden som vi anser vara viktiga att lyfta fram ur materialet. Dels hur de professionella ser på dagens tvångsvård, men också hur de tycker det

är att arbeta inom den och slutligen vilka reaktioner de fått från klienterna om tvångsvård. Under varje rubrik följs resultatdelen av en analys där vi tolkar resultatet.

7.2.1 Inte särskilt bra, men livsnödvändig

Att tvångsvård såsom den ser ut idag inte är en särskilt bra lösning för personer med missbruk och/eller en psykisk ohälsa, men ändå så nödvändig, det är något som alla informanterna är överens om. I detta avsnitt beskrivs först de problemområden som informanterna har identifierat med tvångsvården idag. Därefter tas de anledningar till att de anser att den är nödvändig upp.

Då informanterna blir tillfrågade om de tycker att tvångsvården, såsom den ser ut idag, är en bra lösning för klienter med en samsjuklighet, uttrycker fem av sju tydligt att de inte alltid tycker det. En förklaring som Morgan ger är att det är sällan som det går bra för klienterna efter tvångsvården:

“Jag har på min tjänst, eller liksom min personliga yrkeserfarenhet varit med om tvångsvård som har blivit jätte lyckad. I den bemärkelsen att de efteråt har kunnat komma vidare, efter en LVM vistelse till exempel och har kunnat komma vidare till en träningslägenhet. Som sen har blivit att de har fått referenser och kunnat få kommunalt kontrakt. Som de sen kunnat få ta över så att de faktiskt är självständiga och har varit drogfria efter det. Sen måste jag nog säga att det är undantagen. Det vanliga är väl att man, att det inte går så bra efteråt. Helt klart.”

/Morgan

Marianne, som arbetar inom LVM-vården belyser ett annat problemområde som handlar om hur tvångsvård är en kränkning på en människas integritet. Hon uttalar även en tveksamhet till om miljön på institutionen verkligen är lämplig för personer med vissa psykiatriska diagnoser.

“Det är en stor och svår fråga. Det är det verkligen och jag tror inte det finns några enkla svar heller såklart. Tvångsvård är alltid ett fruktansvärt stort ingrepp i en människas liv och en kränkande handling i sig. Och har man dessutom då ett dåligt psykiskt mående och kanske flera diagnoser så kanske det blir ännu svårare att vistas i den här miljön också.”

/Marianne

Ett tredje problemområde som beskrivs är kritik mot längden på tvångsvården inom LVM. De sex månader som lagen säger, anses vara en för lång vårdtid. Tre av informanterna säger att de tycker att vårdtiden borde varit kortare.

“Den är för lång. Hälften hade varit nog. Vårt uppdrag är ju att motivera dem och se till att de blir friska, abstinensfria, att de ställs in på någon medicin kanske i samråd med läkare.”

/ Pelle

Trots att det kommer fram en del negativt om tvångsvården så är alla som intervjuats överens om en sak: tvångsvård är nödvändig.

“Den är nödvändig, faktiskt. Vart tar de här vägen som vi hittar och är döende, till och från, eller rycks upp och hela tiden lever på gränsen. Det är ett nödvändigt ont, faktiskt.”

/ Pelle

Möjligheten att använda tvångsvård för att rädda liv, det är det som det handlar om. Att i ett samhälle ha en människosyn där allas liv är viktigt. Den fria viljan är också viktig, men vid en viss gräns blir livet viktigare.

“Tycker det är viktigt att vi har tvångsvård, tycker att ett gott samhälle ska ha tvångsvård. Vi ska inte låta folk gå under. Man ska få skada sig själv det ska man ha rätt till i ett samhälle, men bara till en viss nivå. Sen ska samhället gå in och stoppa detta.”

/ Thomas

Bland svaren återfinns tankar om att tvångsvård är nödvändig, det kan vi inte komma ifrån, det måste vi ha. Inte för att den i sig är den bästa vården, utan för att den helt enkelt ibland blir nödvändig för att rädda liv.

Analys

I vår tolkning av materialet kommer vi fram till att samtliga informanter har fokus på klientens bästa. De nämner att klienten ska ha rätt att skada sig själv, att hen är en autonom varelse och att tvång är en fruktansvärd kränkning. När personens liv är i fara passeras dock en gräns där den egna fria viljan inte längre väger tyngst, utan det gäller att rädda liv, då är tvång den enda och bästa lösningen. Vi kan här se exempel på hur socialarbetaren förhåller

sig till sitt handlingsutrymme. Liksom det som Svensson, Johnsson och Laanemerts (2008) beskriver handlingsutrymme som att röra sig i en sfär mellan klientens intressen och organisationens ramar. Vi tolkar det informanterna säger som att det finns en kluvenhet i att tycka att tvångsvård är bra eller ej, men att de i den diskussionen till slut hamnar i att det är nödvändigt. En förklaring till denna kluvenhet skulle kunna vara den professionelles handlingsutrymme. Den professionelles önskan är att kunna hjälpa klienten så mycket som möjligt, för detta behöver hen handlingsutrymme. Som till exempel för socialsekreterare ger organisationen och lagen den professionella ett utrymme att kunna föreslå ett LVM. Även om det är förvaltningsrätten som beslutar är det socialsekreterarens bedömning som beslutet tas utifrån. Därmed är det indirekt ofta socialsekreteraren som styr huruvida en person ska få ett LVM eller ej. Som Svensson et al. (2008) säger är det inte bara organisationen som avgör handlingsutrymmet utan också bland annat relationen mellan socialarbetare och klient. Svensson et.al (2008) beskriver det som ett etiskt dilemma, då att föreslå tvångsvård kommer att innebära en maktutövning som kommer att påverka relationen till klienten. De menar vidare att socialarbetaren måste ta detta i beaktning, eftersom tanken är att klienten efter tvångsvården ska fortsätta inom frivilligvården. Då informanterna i denna studie verkar vilja klientens bästa tror vi att en förklaring till deras kluvenhet kan vara just detta; balansgången mellan att behålla relationen med klienten, men samtidigt ta till de åtgärder som krävs. För att det ska bli till klientens bästa. Även de behandlingsassistenter och skötare som intervjuats till denna studie har samma dilemma. Under vårdtiden har de särskilda befogenheter såsom avskiljning, inlåsning och bältning, samtidigt som relationen till klienterna är viktig för behandlingen. Ett etiskt dilemma som blir upp till varje socialarbetare att ta ställning till. I nästa avsnitt tittar vi på hur de professionella ser på sin uppgift att arbeta med samsjukliga inom tvångsvård.

7.2.2 Krocken mellan organisationens uppdrag och klientens bästa

Då informanterna blir ombudda att berätta hur de tycker att det är att jobba med tvångsvård och samsjukliga klienter, svarar de kluvet. Å ena sidan anser de att det är jätteroligt och spännande, å andra sidan är det känslomässigt tufft och frustrerande. Här beskrivs först de positiva åsikterna och efter det svårigheterna.

I beskrivningen av vad som är positivt med arbetet kommer olika anledningar fram. My beskriver hur hon trivs med sitt jobb och tycker att det är kul:

“Det är väldigt kul såklart, annars hade jag inte jobbat här. Jag trivs ju väldigt bra med både kollegor och klienter som kommer hit. Ingen dag är den andre lik, kan man säga.”

/ My

Tre av informanterna menar att det finns något spännande och utmanande med att aldrig riktigt veta vad som ska hända och att det som planerats inte alltid blir som det var tänkt.

“Det är spännande är det, det händer saker i deras liv, hela tiden händer det saker. Planeringar går sällan som man har tänkt sig.”

/ Thomas

Något annat som lyfts fram är värdet av rollen som behandlare. Vad man som människa kan få betyda för en annan människa i sin yrkesverksamma vardag. Pelle beskriver hur han genom att ha en relation kan hjälpa de klienter som hamnat i en svår situation. Även om klienterna är människor som får stå för sina egna beslut kan man som medmänniska finnas som ett stöd.

“Det jag gillar och det kan jag göra i min tjänst, gå mellan avdelningar, bygga relationer, använda relationen för att hjälpa som i svåra situationer. Tala dem tillrätta, jag kanske kan få dem att välja en väg som är bättre för dem. De är autonoma och får välja själva givetvis vara, men få dem in i ett resonemang där de själva resonerar sig fram till en vettig lösning.”

/ Pelle

Även Marianne pratar om hur viktigt det är, ur ett mänskligt perspektiv, att hjälpa dessa personer som inte har någon stark ställning alls i samhället.

“Det är så sköra människor och det känns som ett väldigt viktigt jobb att hjälpa de här mest utsatta personerna i samhället, de svagaste.”

/ Marianne

Förutom det positiva, berättas det om en baksida med att arbeta inom tvångsvård med samsjukliga klienter. Dels att det är en mycket svår klientgrupp som kan upplevas svår att hjälpa, men också att systemet inte är anpassat för den sortens klienter.

Att arbeta inom tvångsvården beskrivs av informanterna som känslomässigt påfrestande. Två av informanterna beskriver hur deras klienter ofta är väldigt sjuka och vissa saknar insikt om sin problematik. Marianne talar om hur arbetet ibland kan strida mot ens egna värderingar och hur man kan då hamna i etiska dilemman. Hon påpekar också att man inte ska förvänta sig något tillbaka då man går till jobbet, då klienterna förknippar en som en del av det system de inte tycker om. Alla informanter beskriver klientgruppen som mycket svår. Klara talar här om svårigheterna med att veta hur man ska hjälpa dessa trasiga människor:

“Det går inte att jobba här och inte bli påverkad på något sätt, det blir man. Alla säger att man ska gå hem härifrån och lämna jobbet på jobbet. Det existerar inte när man jobbar med det här för att vissa saker fastnar. Man funderar, man undrar, man vänder och vrider och analyserar och bråkar med sig själv. Hur ska man kunna få den här personen på fötter? Det är ju ett evighetstänk. Vissa biter sig fast. De är trasiga de här människorna, de är jättetrasiga. Många har inte ens anhöriga. Så ja, känslomässigt så är det ganska tufft.”

/ Klara

Marianne och Pelle uttrycker en trötthet över att behöva ta emot och härbärgera frustration från klienterna. Denna frustration tror de sig få ta emot för att de är företrädare för ett system som klienterna inte tycker om.

“Jobbigt, börjar tröttna, faktiskt, men så har jag bara några år till pension. Det är för mycket med de här mest utåtagerande, det är de som sliter på en o de här halvpsykopaterna, antisociala, som raserar en avdelning på en dag och får med sig ett par två tre stycken och så, det är krävande.”

/ Pelle

Klara beskriver hur hemskt det kan vara att släppa ut en klient när systemet inte klarat av att hitta någon plats för eftervård. Det är en bit av arbetet som hon anser vara mycket frustrerande. Morgan uttrycker en frustration över ett system som inte är uppbyggt för dessa klienter.

“Det kan ju vara frustrerande. Det kan det vara men jag vill inte säga att det beror på klienterna riktigt heller. För att ofta tycker jag att det beror på att vårt hjälpsystem inte är riktigt... Det är ju liksom mer upptaget av kategorier och stela processer, sådär så man på nåt

sätt, så att man inte riktigt kan hjälpa klienter. För att de inte passar in i systemet fullt ut och där kan det uppstå väldigt mycket frustration.”

/Morgan

Sammanfattningsvis framkommer en positiv bild av att det är kul och spännande att arbeta inom tvångsvård. Det handlar om att vara medmänniska och att i svåra situationer få möjligheten att ge klienterna det stöd de behöver. Samtidigt är det väldigt tufft och många gånger frustrerande. Klienterna är ofta väldigt sjuka och ger inte någon feedback på det man som yrkesverksam gör, därmed kan det vara svårt att veta vad som är rätt att göra. Det upplevs också frustrerande att arbeta i ett system som inte alltid känns uppbyggt för att passa klienterna.

Analys

Då vi tolkar empirin tycker vi oss se en kärleksfull och medmänsklig inställning till klienterna hos informanterna. Vi tolkar den som en vilja att utforma vård som är för klienternas bästa. Att arbeta inom tvångsvård innebär att man har ett handlingsutrymme, i form av makt från organisationen och lagen, som sträcker sig ut över klienternas fria vilja. Som utövare av tvångsvård har du ett tydligt maktövertag gentemot klienten, något som kan upplevas olika bland socialarbetare (Svensson et al. 2008). Att ha makt skulle kunna anses vara det samma som att ha ett stort handlingsutrymme. I vår tolkning av empirin ser vi dock exempel på det motsatta. Vi tycker oss se hur maktskillnader föder motmaktstrategier hos klienterna (Skau, 2007), vilket i sin tur gör att socialarbetarna får ta emot mycket frustration från klienterna. De utåtagerande motmaktstrategierna kan göra att förhållningsregler på avdelningar skärps. Såsom att LVM-hem har speciellt utformade miljöer för att säkerställa säkerheten för intagna och personal.

“Vi har ju ett visst säkerhetstänk. Det är en ganska steril miljö det är ganska spartanskt och enkelt inrett, det är ju låst, väldigt låst och stängt.”

/Marianne

Detta bidrar även till en försämrad relation mellan klient och behandlare, något som Svensson et al. (2008) menar ger ett minskat handlingsutrymme. Klienterna har svårt att förlita sig på att den personal som låser in och förbjuder dem att göra vissa saker är samma personal som vill dem väl och arbetar för att hjälpa dem. Enligt vår tolkning beskrivs i empirin exempel på hur

maktutövningen startar en process som minskar handlingsutrymmet. Större makt betyder alltså inte större handlingsutrymme här, utan snarare tvärtom. Detta blir som en ond spiral, där klienter reagerar på makt genom motmakt, samtidigt som socialarbetarna måste använda makt för att stoppa uttrycken för motmakt. Det ligger i de anställdas uppdrag inom organisationen. Sammanfattningsvis är det vi ser då vi tolkar empirin en frustration hos socialarbetarna som uppstår i den krock som blir mellan organisationens uppdrag och den människosyn de har. En människosyn där den fria viljan och klientens bästa är viktig.

7.2.3 Från frustration till tacksamhet

Då informanterna tillfrågas om reaktioner de får från de klienter som blivit dömda till tvångsvård, är svaret att det skiljer sig från person till person. De två informanter som jobbar som skötare inom psykiatrin beskriver hur vissa är jätteupprörda när de kommer in, medan andra är tacksamma över att de ska tvångsvårdas.

“Det är så olika, det finns en del, en liten klick som kommer in på LPT flera gånger, en del kan helt lugnt säga att “aha, nu igen”, typ. Andra blir jättearga “jag ska prata med den läkaren” och börjar liksom hetsa upp sig och kan faktiskt bli ganska galna, så att man måste vidta vissa åtgärder. Oftast lugnar de ner sig under tiden, de kommer väl tillfreds med att nu är det såhär.”

/Klara

Fyra av informanterna beskriver hur klienterna till en början ofta är upprörda, men att de med tiden lugnar ner sig. Att de i början till och med kan vara våldsamma och utåtagerande. De menar att många klienter i initialskedet är mycket sjuka, ofta lider av abstinens och ibland av en drogutlöst psykos.

“I initialskedet upplever jag att många är väldigt frustrerade och upprörda och då är ju en del fortfarande abstinenta, drogsugna. Kan till och med, jag har varit med om folk som varit psykotiska på grund av drogerna och abstinensen. Men sen så går det ett par tre veckor och de kommer till LVM hemmet, [...] så är de positiva i det läget. Uttrycker de iallafall, det kan ju vara för att de tror att det blir bäst att säga så, men det är iallafall vad de uttrycker. Jag har nog uppfattat det så också, att de flesta tycker att det är rätt okej efter några veckor.”

/Thomas

En av informanterna, Marianne, berättar hur klienter hanterar sin tid under tvångsvården olika. Hon menar att det finns vissa som bara finner sig i situationen och verkar lägga sitt liv mer eller mindre i hjälpapparatens händer. Medan andra klienter är mycket aktiva i att försöka påverka sin tillvaro.

“Jag har mött både och faktiskt, personer som är helt uppgivna och som tycker att ingenting spelar någon roll egentligen: “Nu har samhället tagit hand om mig och tvångsvårdar mig. Då får de ta hand om mig” och bryr sig inte så mycket, det finns de är inte så många tack och lov. För det finns också de, som första dagen de kommer hit är aktiva [...] tar reda på sina rättigheter och tar kontakt med advokater kanske. De är noga med att ta reda på och ber oss att skriva ut saker och frågeställningar. Vad finns det för alternativ? Vad finns det för behandlingshem?”

/Marianne

Sammanfattningsvis beskrivs hur reaktionerna från klienterna ofta till en början är upprörda fast hur de med tiden upplevs som mer tacksamma för vården. Frågan om huruvida de är tacksamma bara för att de måste lyfts. Slutligen beskrivs hur klienter hanterar sin tillvaro under tvångsvård väldigt olika.

Analys

Då vi tolkar empirin kan vi se exempel på hur klienter vars handlingsutrymme minskas reagerar med olika strategier. Vi har valt att benämna dessa som motmaktsstrategier. I analysen används även mortifieringsbegreppet för att förstå vad som kan hända med en klient under tvångsvård.

Då klienten hamnar under tvångsvård begränsas dennes handlingsutrymme radikalt. De har inte längre möjlighet att till exempel ha kontakt med vem de vill, när de vill och hur de vill. De får heller inte längre gå dit de vill när de vill.

“Fråntagen det som de tycker är viktigt i livet; mobiltelefon, rörelsefrihet, de får inte ha datorer här, man är ganska avskuren från sina vanliga kontakter, eller de har liksom inte de vanliga kontaktvägarna kvar. Man får såklart ringa och ta emot besök och så, men det blir ju inga, det blir ju ändå begränsat, det är ju så”.

/Marianne

Jämfört med att inte ha tvångsvård blir handlingsutrymmet väldigt begränsat. Det går dock att se det ur ett annat perspektiv där klienternas handlingsutrymme i detta läge blir större, eftersom att de får möjlighet att få den hjälp de behöver för att ta sig ur ett missbruk och få ett bättre psykiskt mående. Med tanke på de reaktioner som informanterna uppger att de fått från klienter; tolkar vi det som att klienternas känsla är att deras handlingsutrymme blivit mindre.

I och med tvångsingreppet blir maktobalansen mycket stor mellan klienten och hjälpapparaten. Skau (2007) talar om hur denna obalans kan leda till olika motmactsreaktioner hos klienten. Vi tänker att det är just det som syns i reaktioner hos klienter; olika former av motmakt. En del reagerar genom att bli hotfulla och våldsamma. Andra genom att ta reda på vilka rättigheter de har och strida för sin sak. Skau (2007) påpekar dock att klienter inte alltid är i psykisk och fysiskt skick så att de orkar kräva sina rättigheter. Detta är förmodligen många gånger fallet bland de samsjukliga klienter som vi talar om i denna undersökning. Har de ett tungt missbruk och en psykiatrisk diagnos finns det anledning att tro att de är för sjuka för att orka. Detta kan vara anledningen till att de klienter som tillsynes är helt passiva och bara accepterar och låter den hjälpapparat som omhändertagit dem bestämma över dem helt och hållet. Känslan av att de helt och hållet ha gett upp skulle kunna komma ur att de helt enkelt inte orkar ställa sig upp mot den stora maktobalans som råder.

En av informanterna, konstaterar likt de andra att klienter som först varit negativt inställda ofta ändrar sig med tiden. Då tillägger han en intressant tanke om att klienten säger så bara för att hen tror att det blir bäst så. Att klienterna bara för att de tror att det är vad som kommer gagna dem mest säger sig vara tacksamma för sin tvångsvård.

“Så är de positiva i det läget. Uttrycker de iallafall, det kan ju vara för att de tror att det blir bäst att säga så, men det är iallafall vad de uttrycker”.

/Thomas

Detta har vi valt att tolka som ett uttryck för att klienten genomgått den mortifikationsprocess som Goffman (2014) beskriver. Att göra den tolkningen kan vara problematiskt, vi vill förtydliga att vi inte menar att alla klienter som är positiva till sin tvångsvård är det på grund av att det blir bäst så. Vi vill dock lyfta att det finns en fara med att klienten inom

tvångsvården blir utsatt för kränkningar på sin personliga integritet. Kränkningar som kan bidra till förlust av den intagnes jagidentitet, klienten tappar kontakten med det jaget som hen vanligtvis har utanför institutionen (Goffman, 2014). Detta kan bidra till att klienten går med socialarbetaren och säger att de tyckt att vården varit bra, inte för att de egentligen tycker det, utan för att de tror att det är så hjälpapparaten vill att de ska svara.

Sammanfattningsvis kan vi se ett mönster bland svaren där man anser att klienters reaktioner förändras under tid. Vi tolkar att deras olika reaktioner kan bero på motmaktstrategier utlösta av att deras handlingsutrymme upplevs krympa då tvångsåtgärder vidtas. Den förändring vi ser över tid, att de från början är upprörda och frustrerade och i slutet ofta tacksamma, tolkar vi som något som kan vara uttryck på olika saker. Kanske framförallt att klienterna faktiskt blir friskare under sin vårdtid. Samtidigt finns det en risk att vissa genomgår en mortifikationsprocess där de lär känna systemet och är positiva bara för att de tror det blir bäst så.

7.3 Tema 2 - Samverkan

Samsjukliga klienter är en klientgrupp som kräver många olika insatser. För att dessa ska kunna fungera i kombination med varandra behövs samverkan. I detta avsnitt lyfts informanternas svar om hur samverkan ser ut idag (2015). Först genom att presentera vilka möjligheter som finns med att samverka, sen hur klientens roll i samverkan ser ut och slutligen se på de hinder som kan finnas för att samverkan ska fungera.

7.3.1 Möjligheter med samverkan

Genom empirin har vi hittat några citat som vittnar både om vad som idag utgör samverkan mellan organisationerna och vad informanterna tycker är viktigt med samverkan.

En informant, Klara, beskriver under intervjun hur samverkan i arbetet med personer inom LPT sker främst med öppenvården och nämner väldigt lite om samverkan mellan psykiatrin, socialtjänsten och LVM-vården. Hon jobbar som skötare på en psykiatriavdelning och beskriver samverkan mellan avdelningen och socialtjänsten såhär:

“När vi får sådana patienter där vi anser att missbruket är såpass allvarligt så skickar läkarna härifrån LVM-intyg som det heter till socialtjänsten. Till just den socialsekreteraren och så får den personen besluta om det ska öppnas en LVM-utredning eller inte. Men oftast

uppfattar jag att det öppnas en, men det tar lång tid innan det tas ett beslut om t.ex. akut omhändertagande eller att det faktiskt blir ett LVM.”

/ Klara

Många informanter nämner Gerhard Larssons missbruksutredning (SOU 2011:35), som bland annat föreslår en integrering av LPT och LVM, och har sina egna åsikter om den. Marianne säger att utredningen startade en diskussion som på något sätt fortfarande pågår och att sista ordet i den debatten inte ännu är sagt. I intervjuerna har informanterna svarat på hur de skulle vilja utforma vården för samsjukliga klienter och många talar till exempel om att det är bra att jobba i team tillsammans. Tre informanter talar om team som jobbar runt klienterna i samverkan, de uttrycker också att denna typ av samverkan är på ingång och kommer att öka i framtiden. Marianne uttrycker en hoppfullhet inför att samarbetet mellan olika professioner kan komma att förbättras och berättar:

“Det har börjat och så med “nätverket runt klienten” att det ska vara samarbete och då ska någon representant vara med på de här mötena och jag tror att det kan bli ganska bra i framtiden faktiskt när man kommer igång med det fullt ut. Där hemkommunen och socialtjänst och psykiatri i hemkommunen ska vara med och vi och klienten själv såklart.”

/ Marianne

Cassandra berättar att det redan finns bestämmelser om att professionella ska samverka men hon uttrycker att det inte är så lätt även om man som yrkesverksam vet att samverkan är det arbetssätt som ska användas.

“Nu finns det ju såhär inom staden att man ska samverka. Det har gjorts för att man ska samarbeta, att sjukvården ska samarbeta med socialtjänsten. Alltid där man bedömer att man ska. och det tänker jag att det är ett jättebra steg på vägen men jag tror att det måste finnas mer kunskap, alltså att man måste sprida det.”

/ Cassandra

Behovet av samverkan mellan Socialtjänst, behandlingshem och psykiatri blir högst påtagligt i arbetet med samsjukliga klienter. De enskilda insatserna som finns är inte tillräckliga för att på egen hand tillgodose de behov som finns hos personer med missbruksproblematik och psykisk ohälsa. Morgan poängterar omfattningen av de samsjukliga klienternas problematik.

De metoder som vanligtvis brukar fungera i behandling och vård av missbrukare fungerar inte lika bra för de som även har en psykisk ohälsa.

“Ofta krävs det ju mer samverkan, iallafall när man jobbar runt de här personerna. Och det är ofta svårt att hitta behandlingsformer, eller det finns färre behandlingsformer som brukar fungera är min erfarenhet. [...] Vår arsenal av insatser brukar vara större helt enkelt så man har mer att välja mellan men att det blir begränsat för den målgruppen. [...] Sen finns det ju, de har ju ofta kontakt med sjukvården, eller behöver iallafall större kontakt med sjukvården så som vi ser det.”

/ Morgan

Cassandra poängterar hur bra det är att mötas i grupp tillsammans med klienten för att alla samtidigt kan fokusera och samordna på plats. Detta istället för att det i arbetet annars riskerar att uppstå förvirring kring planeringen av insatser.

“Det kan lätt vara så att om personen träffar flera folk ensamma så blir det lätt att information kan tappas eller att man inte hinner återkoppla till varandra och så.”

/ Cassandra

Även psykiatrin möter svårigheterna med samsjukliga klienter. Detta då det kommer in en person som behöver vård med stöd av LPT och det visar sig att ett missbruk är en del av problemet. My, skötare på en psykiatrisk avdelning, berättar hur de brukar gå tillväga i kontakten med socialtjänsten och hur det går med vårdplaneringar:

“Vi informerar socialtjänsten när vi får in en patient som vi vet har kontakt med socialtjänsten sen tidigare och de känner till missbruksproblematiken. Men även de som vi känner att den här personen behöver nog stöd i detta. Då har vi ju ett dataprogram där vi informerar socialtjänsten om att den här personen är inlagd här, för att han ska få upp ögonen då och eventuellt ta vid om det behövs. Vi försöker ordna med vårdplaneringar när det är personer som är bostadslösa eller, a behöver stöd helt enkelt. Kanske är i väntan på öppenvårdskontakt, eller om en patient vill ansöka om behandling, då samordnar vi väldigt mycket, faktiskt.”

/ My

Sammanfattningsvis talar informanterna gott om samverkan och är positivt inställda till att samverka över organisationsgränserna. Det de beskriver mest är dock hur de skulle önska att samverkan gick till och inte hur den faktiskt går till, mer än att nämna hur de för egen del informerar andra instanser kring olika klienter.

Analys

Utifrån empirin tolkar vi det som att samverkan är centralt i arbetet och något som alla parter strävar efter att skapa. Både röster från Socialtjänst, psykiatri och LVM-vård beskriver hur just deras del i samverkan ser ut. De beskrivningar av hur samverkan går till eller vad som är bra med samverkan är präglade av den egna insatsen och hur det ska vara. Vi hittar inte några målade beskrivningar av hur samverkansmöten går till eller lyckade samarbetstillfällen i empirin. Istället berättar informanter om hur de framför information till andra yrkesgrupper för att lämna över ansvaret för en klient. Svensson et al. (2008) beskriver hur olika organisationer ofta samarbetar för att få del av de resurser som andra besitter och inte främst för att dela med sig av sina egna. Vår tolkning av empirin är att psykiatrin och socialtjänsten båda vill utnyttja varandras kompetens för att öka handlingsutrymmet kring klienten. Psykiatrin talar om att informera socialtjänsten om personer i behov av missbruksvård. Även om deras engagemang för klienterna är stort får vi en känsla av att deras vilja och möjlighet att samverka efter informationsbytet ibland stannar av.

Informanter lyfter fram att samverkan skapar de bästa möjligheterna för att vårda samsjukliga. Detta är också något som lyfts av Svensson et al. (2008). De menar att samverkan är en viktig förutsättning för att vården för samsjukliga ska bli så välanpassad som möjligt. Precis som våra informanter, belyser Svensson et al. (2008) hur vården av missbruk och psykisk ohälsa behöver kompetens från många olika håll för att kunna möta de specifika behov klienterna har. Vi tolkar denna samstämmighet mellan empirin och litteraturen som att det finns goda möjligheter med samverkan. Handlingsutrymmet för de olika yrkesgrupperna kan öka ju mer de samverkar och drar nytta av sina olika kunskaper. Vi ser också möjligheter till en positiv utveckling genom närmare samarbete mellan fälten; då de olika yrkesgrupperna möts ansikte mot ansikte och kan prata direkt med varandra utan att behöva vänta på svar via telefon eller e-post. Vår uppfattning om samverkan är att den blir bättre där det finns goda relationer. Dyker det upp problem är de lättare att lösa och gå vidare om det finns en god relation i botten. Detta framkommer också i intervjun med Morgan som säger:

“Har man ett bra samarbete så brukar man kunna komma förbi problemen och snarare kanske det är ett tecken på att man inte har ett bra samarbete från början på nåt sätt. Att det finns liksom ingen riktig respekt eller att man inte har förtroende för den ene alla andras bedömningar av något skäl.”

/Morgan

Det finns även en vilja att göra klienterna delaktiga i samverkansprocesserna. Att göra klienten delaktig kan bidra till att minska den maktobalans som råder mellan klient och professionell inom socialt arbete (Skau, 2007). Det framkommer i empirin hur klienter kan utöva olika typer av motmakt inom institutionerna och detta, som kan uppfattas som en frustration från klienternas sida, kanske minskar då klienterna görs mer delaktiga. Detta leder oss in på nästa avsnitt som handlar om klienten mitt i samverkan.

7.3.2 Klienten mitt i samverkan

Var befinner sig klienten i förhållande till den samverkan vi lyfter i detta avsnitt? Har klienten något att säga till om och ges det tillfällen att göra sin röst hörd inom tvångsvården? Informanterna i studien har fått berätta hur de bemöter klienterna inom de ramar som finns uppsatta kring tvångsvården. Empirin kan inte påvisa hur klienter själva upplever sin position i samverkan eftersom ingen klient blivit tillfrågad i studien, dock redogörs i detta avsnitt för när och på vilket sätt klienten erbjuds att vara delaktig i processerna och samverkan inom tvångsvården.

På frågan om klienterna känner till de två tvångslagarna LPT och LVM svarar Klara väldigt kort att alla som kommer in till den avdelning hon jobbar på blir informerade om varför de är där och vilka lagar som gäller just deras fall. Morgan säger att väldigt många av de samsjukliga klienterna har varit aktuella för olika insatser under många år och att de säkerligen därför har goda kunskaper om vad de olika lagarna handlar om.

“Jag tror nog att de ofta känner till det här, inte alltid men om man har haft ett missbruk under längre tid så känner man nog till det. Sen kan det komma klienter från andra delar av världen som inte alls känner till vårt lagsystem. Har man haft kontakt med myndigheter någon gång i sitt liv så har man nog koll på att det finns. Jag tror det iallafall”

/Morgan

Klienter medverkar i samverkansmöten i den utsträckning de orkar det. Det är ofta många personer involverade i samsjukliga klienters ärenden och det kan bli svårt för dem att orka med ett långt möte med mycket människor. Dock är det viktigt att göra klienten är delaktig i processen och att hen får möjlighet att göra sin röst hörd. I mötet där alla inblandade personer träffas blir det naturligt att väva ihop det nät av kontakter som behövs för att stötta klienten i vardagslivet. Det blir inte lika lätt i de situationer då det inte kallats till samverkansmöte.

Cassandra säger:

“Jag tror att det är bra just för att informera, att personerna får reda på vad som händer hos varje verksamhet om man säger så. Och att alla är med på samma mål, att personen får till sig det. [...] Då är det lättare men samtidigt kan det ju vara jobbigt när det är så många.”

/ Cassandra

Tyvärr kan samverkan, eller brist på samverkan, vara något som på sätt och vis saboterar vården av klienter. Marianne berättar om hur det blir för klienter som kommer till behandlingshem och inte vet vad som kommer hända när det skrivs ut. Hon menar att när det inte finns en långsiktig plan för klienten redan i början av vårdtiden kommer det är påverka behandlingen negativt eftersom klientens energi kommer gå åt till att oroa sig. Bättre tycker Marianne är om klienten vet i början av behandlingstiden att det kommer lösa sig i slutet, då kan intresset för behandlingen bli större.

“Att komma igång med planering direkt när man placeras här. Där ska man redan ha en plan för hur det ska se ut när man kommer hem, för det är mycket, de ska kunna i lugn och ro kunna fokusera på att få ta del av den behandling som vi har [...] och inte behöva oroa sig så mycket.”

/ Marianne

Sammanfattningsvis framkommer att klienter får information om sina rättigheter och vad tvångslagarna innebär då de blir intagna på tvångsvård. De får även under vårdtiden chans att bli mer och mer delaktiga i sin vårdplan och behandling. Informanter beskriver hur viktigt tryggheten av en god planering och samverkan är för att klienterna ska kunna tillgodogöra sig vården.

Analys

Klienten vårdas inom ramen för en tvångslagstiftning vilket innebär att hens handlingsutrymme blir kraftigt begränsat under den första vårdtiden. Då handlar det först om att bryta med det destruktiva beteendet och hitta sin plats inom vården. Goffman (2014) beskriver hur totala institutioner jobbar för att i stor utsträckning suddar ut personliga drag hos intagna. Detta kan handla om många olika institutioner men vi kopplar det till de institutioner som är aktuella i vår studie. Vi känner igen det Goffman pratar om i vår empiri då det talas om att intagna klienter fräntas många möjligheter att ha kontakt med omvärlden och möjligheter att ägna sin tid åt vad man vill. Däremot ser vi i empirin att det finns en stark vilja hos informanterna att ge klienterna möjligheten att ta sig igenom vården och få en bättre tillvaro efter avslutad vård än hur det såg ut innan vården startade. Personal på behandlingshem och vårdavdelningar informerar klienter som kommer dit om lagen. På behandlingshemmet vi besökte fick vi höra från Marianne att klienter kan komma och fråga om råd inför fortsatt frivillig vård. Svensson et.al. (2008) beskriver de olika typerna av klienter, närmare bestämt vilka positioner klienter kan inta i vårdsituationen. De olika positionerna är: förändraren, prataren, den passiva och motståndaren och dessa positioner kan klienter välja mellan i samspelet med socialarbetare. Vår tolkning av empirin är att informanterna aktivt försöker öka klienternas handlingsutrymme genom att låta klienten anta den position som hen finner bäst. Det kan bidra till en känsla av ökad kontroll över sin tillvaro och därmed även det ökade handlingsutrymmet.

Samverkansmöten kring klienterna kan vara ett sätt för klienten att bygga upp ett "skyddsnät" att ha med sig efter avslutad tvångsvård. Delaktighet i sin behandling kan öka klientens handlingsutrymme då hen blir mer insatt och får mer inflytande i sin situation.

7.3.3 Hinder för samverkan

I detta avsnitt beskrivs de hinder som informanterna upplever i samverkan. Det handlar om när yrkeskompetens, erfarenhet och lagstiftningar krockar med varandra.

Thomas förklarar att kompetensen inom de olika institutionerna skiljer sig mycket åt. Psykiatrin har kompetens att behandla det som inte Socialtjänsten kan behandla; till exempel psykoser. Samtidigt har Socialtjänsten förmågan att bedöma helheten för att besluta om LVM ska bli aktuellt för en klient. Den helhetsbilden har inte personalen på psykiatrin som ibland

ändå gör egna bedömningar och uppmanar socialtjänsten att agera direkt trots att det krävs en utredning för att gå in med ett LVM. Detta tar Thomas upp och säger såhär:

“Att det är två olika instanser som gör sina bedömningar, sjukvården gör sina bedömningar och kanske säger till oss att här måste ni gå in med ett omedelbart LVM och vi ifrågasätter lite grand vad är grunderna till det. Sådana saker inträffar ofta, att vi får in LVM intyg [...] sjukvården ska ju inte ta ställning till om det är LVM eller inte.”

/ Thomas

Både Socialtjänsten och psykiatrin strävar efter att samarbeta men det bli lätt att det bollas lite fram och tillbaka berättar Cassandra. Även hon lyfter att det kan bli problem när det handlar om väldigt skilda kompetensområden och uttrycker hur svårt det är att samarbeta när man har ett speciellt område där man sitter på väldigt mycket kunskap och möter andra professionella som har en helt annan expertis.

“Det jag tänker är viktigt, är att samsjukliga behöver så mycket stöd från olika verksamheter och det är väl det som är svårigheten att få en helhetssyn när vi bara är experter på ett område om ni förstår hur jag menar.”

/ Cassandra

Erfarenhet påverkar handlingsutrymmet för yrkesverksamma, när man precis studerat färdigt och är ny på arbetet kan det vara svårt att veta vad man kan göra och hur samarbetet med andra institutioner ska se ut. Erfarenhet kan även underlätta för samverkan, vet man vilket handlingsutrymme man har är man tryggare i mötet med de professioner man samarbetar med.

“Nu har jag ju jobbat ganska länge med den här typen av arbetsuppgifter och jag tycker att det funkar bättre nu än när det gjorde när jag var nyare [...] När man är nyutexaminerad och får en sådan här tjänst så ringer sjukvården och kräver någonting och då springer jag och frågar någon arbetsledare och så kommer jag tillbaks och så blir det ganska stelt svar liksom. “Eh nej, svaret är nej”. Jag kan inte vara särskilt rörlig där, det blir väldigt stela samtal och då låser det sig naturligtvis oftare också. Medans nu vet man kanske mer. Även om jag kanske inte har en delegation på att fatta ett specifikt beslut så vet jag ungefär inom vilket område jag kan röra mig i diskussionen.” / Morgan

Morgan beskriver ovan hur skönt det är att ha erfarenhet av arbetet vilket leder till att han vet hur han kan och ska agera i olika situationer. Han lyfter också upp hur bristen på erfarenhet hos yrkesverksamma kan bli till ett hinder i samverkan. Nya socialarbetare som inte jobbat så länge kan ha svårt att ge besked i olika frågor och samverkan mellan yrkesgrupper kan bli lidande. Thomas lyfter också problemet med att många som jobbar inom socialtjänsten i stadsdelen inte brukar jobba speciellt länge på socialkontoret innan de går vidare och jobbar någon annanstans.

“Vi jobbar under enormt hög arbetsbelastning här och det är ju, folk kommer in här, jobbar ett, två år och så ut igen. Det är ett fåtal personer som varit här länge nu, i den här stadsdelen.”

/ Thomas

Då klienter behandlas med stöd av LVM kan problem uppstå då de behöver akut vård för sin psykiska ohälsa. Hinder kan uppstå gentemot klienten genom att två läkare inte kan ha hand om samma klient. Genom empirin framkommer att klienter på LVM-behandlingshem ofta blir obehandlade för sin psykiatriska problematik under långa tider innan läkare utifrån med psykiatrisk kompetens startar medicineringen av dem. Detta orsakar att behandlingshemmen endast kan ge vård för missbruket i begränsad form eftersom klienten i dessa lägen mår väldigt dåligt psykiskt. Marianne, som jobbar på ett LVM-hem, berättar:

“Vi kör ofta in till psykiatrin inne i stan och där kolliderar de här två olika lagstiftningarna ganska mycket med varandra i och med att läkaren vi har här är ansvarig för vården av den här personen vilket leder till att läkaren inne i stan på psykiatrin inte vill skriva ut någon medicin. För det håller ju vår läkare i här då.”

/ Marianne

Det är inte bara kompetensskillnader som styr var och när behandling ges. Ytterligare problem som uppstår för LVM-klienter är också att de kan komma från vilken kommun som helst. Detta skapar problem då de behöver extra vård som inte kan ges av LVM-hemmet. Är klienten skriven på annan ort finns det hinder i systemet för att de på ett lätt sätt ska kunna få vården på den ort där de behandlas. Detta visar på ett system som inte tagit med i beräkningen att personer med specifik problematik kan komma att förflyttas över landet för att få

behandling och kan då även behöva ytterligare vård på plats än vad som erbjuds på behandlingshemmet.

“Vi har ju svårigheter att få in våra killar med olika problem, att de ska få bli inlagda. [...] Våra klienter kommer ofta inte från denna kommun och då vill man skicka dem till sin hemkommun och det är ju också ett problem.”

/ Pelle

Svårigheter som uppstår i samband med samverkan kan enligt empirin vara skilda yrkeskompetenser som krockar då klienters behov ska bedömas. Det kan också handla om organisatoriska hinder som att de olika institutionerna går under olika lagstiftning. Huvudproblemet för samverkan går att sammanfatta med att det inte finns en specifik vårdform som är ämnad att rikta sig till målgruppen samsjuklighet med missbruk och psykisk ohälsa.

Analys

Det är tydligt att samverkan är något som förväntas mellan Socialtjänst, LVM-vård och psykiatri. Många av informanterna talar om samverkan och hur den ska gå till, hur den fungerar och hur de skulle önska att den fungerade. Det framkommer i detta avsnitt att samverkan ofta stöter på svårigheter av olika slag och att det skapar irritation hos de olika yrkesgrupperna. Detta ser vi beror både på de olika områdena där det finns den skilda yrkeskompetensen där de som arbetar inom dessa områden vet sitt handlingsutrymme utifrån deras yrkeskompetens (Svensson et al. 2008). Men det beror också på den indelning och decentralisering som sker genom NPM där var och en har ansvar för sitt specifika område. Därför sträcker sig inte ansvaret mycket längre än att man lämnar över ansvaret för klienten till nästa instans då man utfört “sin del” av behandlingen.

Med tanke på det engagemang för klienterna som vi kan utläsa i empirin är det svårt att koppla detta till att det också framkommer hur både socialtjänst och psykiatri upplever att “den andra sidan” inte vill ta ansvar för denna grupp. Svårigheterna som tar sig uttryck i att de olika instanserna inte vill ta ansvar för klientgruppen “samsjukliga klienter” tolkar vi som ett resultat av hur de olika organisationerna fungerar. Svensson et al. (2008) talar om ett byråkratiideal där det finns uppsatta regler och riktlinjer som organisationer ska följa.

“Det är väldigt byråkratiskt, allting ska ta så himla lång tid. Remiss tar ju 3-4 månader, ibland tar det längre, och det blir så himla långa väntetider för personer [...] och sen så tror jag att sjukvården kan tycka samma sak om socialtjänsten men vi har ju alltid en utredningstid, om vi får in en ansökan så måste vi behandla den.”

/ Cassandra

Detta ideal gör att yrkespersoners handlingsutrymme präglas av de regler och ramar som sats upp av organisationerna och det blir svårt att gå utanför dessa ramar. Svensson et. al. (2008) menar vidare att enligt detta ideal är systemet uppbyggt för allas bästa och det ser vi som problematiskt då det i vår empiri framkommer att det inte riktigt stämmer. Idealet är inte uppbyggt för de samsjukligas bästa eftersom de inte helt passar in i något specifik kategori, varken inom vårdboenden, psykiatri eller inom socialtjänsten. Detta kommer vi lyfta mer i nästa kapitel.

Där empirin lyfter fram skillnaderna i att vara oerfaren socialarbetare och ha stor erfarenhet kan vi se hur hinder för samverkan dyker upp. Att vara oerfaren kan innebära både att personen kommer direkt från utbildning och aldrig jobbat inom fältet tidigare. Det kan också handla om att vara ny just på en specifik arbetsplats. När Thomas pratar om att socialsekreterare ofta jobbar bara några få år och sedan byter arbetsplats beskriver han enligt oss en situation som skulle kunna orsaka sänkt kompetens inom området och ett möjligt hinder för välfungerande samverkan. Svensson et al. (2008) talar om en anpassningsprocess in i ett jobb och att det kan handla om att lära sig ett datorprogram eller att behärska ett språk inom den profession man arbetar. Vi ser ett problem med att många inom socialtjänsten inte stannar länge på sitt jobb eftersom att det kan bli så att mycket av tiden går åt till just anpassningsprocessen. Det kan orsaka sämre uppföljningar av klienters ärenden och också leda till att klienter faller mellan stolarna om de får nya handläggare ofta.

Ett hinder som eventuellt skulle kunna vändas till en möjlighet kan vara att yrkespersoner inom alla tre områden visar en stor medvetenhet kring varandras svårigheter och begränsningar. Det kan handla om resursbrister, platsbrister på avdelningar och allmänt för hög belastning på personalen som jobbar. Detta går att se både i citatet från Cassandra här ovan och även i det Morgan säger:

“Nu är det väldigt lätt att se brister i sjukvården. [...] Vi borde göra jättemycket annorlunda också.”

/ Morgan

Med den insikten tror vi förståelsen kan öka mellan grupperna och möjligheten till att skapa ett gott samverkans klimat dem emellan.

7.4 Tema 3 - Mellan stolarna

I detta tema kartläggs det glapp som verkar finnas mellan psykiatrin och socialtjänst samt LVM-vård. Ett glapp som gör att många klienter faller mellan stolarna. Syftet med detta tema är inte bygga upp någon slags motsättning mellan sjukvård och socialtjänst, utan att kartlägga den problematik som kan förekomma dem emellan. I första avsnittet beskrivs hur de olika yrkeskategorierna beskriver varandra och i det andra hur klienten blir påverkad av glappet mellan psykiatri och socialtjänst.

7.4.1 Glappet mellan psykiatrin och socialtjänsten samt LVM-vården

I intervjuerna är det tre yrkeskategorier som uttalar sig, skötare, socialsekreterare och behandlingsassistenter. Detta avsnitt börjar med en sammanställning av vad de säger om samarbetet med varandra och avslutas sedan med en analys av tänkbara anledningar till varför de tar upp detta.

I intervjuerna med de två skötarna som jobbar inom psykiatrin framkommer det att det ibland upplevs som om det tar alldeles för lång tid för socialtjänsten att utreda för eftervård. De påpekar även att det kan vara mycket svårt att få tag i socialsekreterarna då de inte svarar i telefon.

“När vi får sådana patienter där vi anser att missbruket är såpass allvarligt så skickar läkarna härifrån LVM intyg som det heter till Socialtjänsten, till just den socialsekreteraren och så får den personen besluta om det ska öppnas en LVM utredning eller inte. Men oftast uppfattar jag att det öppnas en, men det tar lång tid innan det tas ett beslut om t.ex. akut omhändertagande eller att det faktiskt blir ett LVM.

/ Klara

Klara påpekar dock att de har förståelse för socialsekreterarna vars arbete inte alltid är lätt. De menar att det inte alltid är lätt att veta vem som är ansvarig. Klara upplever att det är lättare att få ett LPT än ett LVM. My beskriver den bollning mellan instanserna som kan bli då ansvaret är otydligt.

“Det blir som en kamp mellan oss och socialtjänsten ibland. Vi tycker att socialtjänsten ska ta vid och dom tycker att vi ska ta vid, o då blir det nån slags bollning fram o tillbaka. Man skrevs in här och skrevs ut dagen efter, för att vi inte anser att de är i behov av vård. Medan socialtjänsten kanske har problem att hitta något boende, t.ex. som är rätt. Och det krävs tid, och då återfaller personen i missbruk. Det blir ett väldigt bollande fram och tillbaka.”

/ My

Att det blir en bollning fram och tillbaka kommer även fram då socialsekreterare beskriver samarbetet med psykiatrin. Morgan beskriver hur det ibland på vissa arbetsplatser kan bli strider om huruvida det är aktuellt med ett LVM eller ett LPT. Cassandra menar att det kan vara svårt att få gehör från psykiatrin och att de inte gärna vill ta ansvar för klienter med en samsjuklighet.

“Många gånger kan det bli väldigt mycket fokus på missbruket, min erfarenhet med de här personerna är att psykiatrin inte gärna vill ta ansvaret.”

/ Cassandra

Något som alla tre socialsekreterare nämner är att läkare på psyk ofta tror sig kunna “sätta ett LVM”. Vilket kan leda till ett missförstånd hos klienten, eftersom att läkarbedömningen endast är en del i den utredning som socialsekreteraren gör.

Det är två olika instanser som gör sina bedömningar, sjukvården gör sina bedömningar och kanske säger till oss att här måste ni gå inte med ett omedelbart LVM och vi ifrågasätter lite grand vad är grunderna till det. Sådana saker inträffar ofta, att vi får in LVM intyg där inte riktigt, sjukvården ska ju inte ta ställning till om det är LVM eller inte

/ Thomas

De två behandlingsassistenterna inom LVM-vården som intervjuats är kritiska mot psykiatrin. De tycker att det är för långa köer och svårt att få tag i dem. Pelle upplever det som att

psykiatrin inte vill ha deras klienter. Båda pratar också om att det inte verkar som att psykiatrin vill ha hand om samsjukliga klienter, utan att det då är lättare att lägga över ansvaret på LVM-vården.

“Psykiatrin har också en tendens faktiskt, på hemmaplan, att föra tillbaka det till att “de är missbrukare”. [...] Vi vårdar enligt LVM och tycker att psykiatrin borde ta mer ansvar och psykiatrin tycker att “ja men det är missbrukare, det är ni som ska ta ansvar” och till sist blir det inte bra för den enskilda individen som hamnar i kläm.

/Marianne

I intervjuerna målas en bild upp av att de olika instanserna inte är nöjda med hur de andra arbetar, det tar för lång tid och man gör fel bedömningar. Men samtidigt menar samtliga informanter att de har en förståelse för den andra instansen, att det råder en resursbrist över hela fältet och att man förstår att det inte alltid är ett lätt arbete.

Analys

I vår tolkning av empirin tycks det vara lite av en motsättning mellan på ena sidan psykiatrin och på andra sidan socialtjänst och LVM-vård. Båda sidor uttalar sig i termer om att; bara de andra hade varit lite lättare att få tag på, haft ett smidigare system eller varit lite mer skyndsamma så hade vården av klienten kunnat bli bättre. Samtidigt är man noga med att påpeka vetskapen om att det är lättare att se andras fel och brister än sina egna. En tolkning kan vara att de olika instanserna har sina handlingsutrymmen, men för att kunna hjälpa klienten på bästa sätt så behöver man även varandras. Som Svensson et al. (2008) beskriver så kan handlingsutrymmet ökas av att man använder sig av varandras kunskaper. På så sätt hamnar man i en slags beroendeställning till varandra. Vilket kompliceras av att de olika handlingsutrymmena styrs av två olika organisationer som har olika sätt att bedöma. Svensson et al. (2008) menar att organisationen påverkar handlingsutrymmet genom det administrativa men också genom de föreställningar om hur socialt arbete bäst ska bedrivas. Vår tolkning är att det vi ser i empirin är en krock mellan två organisationer med varsitt handlingsutrymme, fast bara en och samma klient. På varsitt håll vet de hur klientens bästa ska tillgodoses men då den andra organisationen inte ställer upp på samma bedömning föds en frustration. Den irritation vi anser finnas i socialsekreterarnas svar, där de berättar om läkare som tror sig kunna “sätta LVM” tror vi är ett exempel på hur den ena sidan tror sig veta hur den andra fungerar.

En intressant sak som en av informanterna nämner handlar om ekonomi. Det är Thomas som är kritiskt till att samma instans som utreder är den som också ska betala för LVM-vården.

“Möjligen att jag inte tycker att den instans som utreder och ansöker om LVM också är den som ska bekosta LVM:et, det ser jag som problematiskt. Att kostnader kan påverka, även om det aldrig sägs rakt ut, att det kan påverka om man ansöker eller inte ansöker.”

/ Thomas

Vilket är detsamma som gäller för LPT där den organisation som utreder också är den som betalar. Den personal som utreder är styrda av organisationens budgetmål, vilket påverkar deras handlingsutrymme (Svensson et al. 2008). Därmed finns risken att bedömningar görs olika beroende på till exempel vilken kommun du tillhör och därmed vilken budgetram du har. Vilken kommun du arbetar i kommer genom budgetkrav bestämma vilket handlingsutrymme du har att hjälpa klienten.

7.4.2 Klienten mellan stolarna

I detta avsnitt presenteras det som informanterna beskriver som orosmoment för samsjukliga klienter. Det framkommer på olika sätt att klienter dels har svårt att få vård överhuvudtaget och dels att de kan ha svårt att tillgodogöra sig vården då tillvaron runtomkring vården ofta är oviss och full av frågetecken.

Cassandra pratar om att det är högt tryck både på platserna inom psykiatrin och missbruksvården och att det skapar otrygghet då klienter måste vänta på olika behandling och att behandlingen också kan genomföras och anses slutförd lite för snabbt.

“Just i de här fallen där det blir allvarligt, för att kunna komma vidare till exempel till ett drogfritt boende, till behandling eller något sånt där, där måste du komma ren. Det är ingen som tar emot dig med ett aktivt missbruk och samtidigt som du har kanske en psykossjukdom eller en djup depression eller ångest eller alltså då måste man någonstans vara stabil. Klienten måste dels abstinensbehandlas men också vara någorlunda stabil i måendet också och du kan inte göra det ute. För att komma vidare behöver du också ha stöd från psykiatrin och det tycker inte jag att det funkar så jättebra. Där blir det ofta mycket stopp tycker jag, i onödan.”

/ Cassandra

Några informanter uttrycker att de upplever en motvilja hos landstinget att ta emot klienter med samsjuklighet. Då några pratar om det, som vi tidigare tagit upp, att det råder platsbrist och resursbrister på avdelningarna finns det också de som är av en annan åsikt. På frågan om varför landstinget verkar skjuta ifrån sig ansvaret om klienterna svarar Pelle kort och gott:

“Jag tror att de är rädda för att få stök på avdelningen, om det kan va så enkelt kanske. Jag vet inte riktigt, men de kan va så.”

/ Pelle

Marianne beskriver hur klienternas behandling på LVM-hemmet påverkas av att planeringen runt klienterna ofta tar lång tid. Hon är kritisk till att Klienter ofta lämnas lite åt sitt öde på behandlingshemmen och att planeringen om vad som kommer efter inte kommer igång förens mot slutet av vårtdiden.

“Det går så mycket tid och energi från klienternas sida. Var ska jag ta vägen? Vilket behandlingshem ska jag välja? Hur kommer det se ut för mig? Kommer det ordna sig med min ekonomi? De kommer hit och kanske inte har ett öre på fickan och det ska jagas socialtjänst som inte svarar på veckor ibland och ekonomiskt bistånd ska bifallas. Innan det kommer igång så har det gått en månad, det är onödig tidspillan, onödig frustration och det föder ju ilska hos klienterna såklart. Att istället veta: Nu placeras jag på ett LVM det kommer fungera det kommer lösa sig. [...] Att redan där börja prata om det, sen att vissa är i så dåligt skick såklart, det är en annan sak för man kanske inte kan föra den dialogen, men att göra det så snart som möjligt iallafall, inte låta tiden gå. För ibland så hittar man ett alternativ till behandlingshem när klienten har tre veckor kvar på sitt LVM. Det tycker jag är förkastligt.”

/ Marianne

Klara berättar att för de klienter som återkommer ofta till avdelningen med LPT kan läkarna starta en diskussion kring om det är lämpligt att sätta ett ÖPT (Öppen psykiatrisk vård) på klienten. Detta för att underlätta uppföljning på klienten och för att klienten därigenom inte skulle behöva uppsöka akutpsykiatri likt ofta. Hon talar också om motivationsbrist hos klienter som återkommer inom psykiatrien gång på gång och vad det ofta kan bero på.

“Min uppfattning är att de missbrukar ju som sagt av en anledning. Ofta för att de har en så hysteriskt stark ångest. Då tar man grejer, för när man tar grejer så försvinner ångesten, ett tag. Men sen kommer den tillbaka av starkare slag skulle jag säga. Det blir ett ont ekorrhjul.”

/ Klara

My menar att det är grundläggande för att dessa klienter ska ha möjlighet att klara sig efter avslutad vård; att det på något sätt finns stödjande organ som klienten kan vända sig till då tillvaron blir svår.

“Att dom fångas upp liksom. Man kan ju inte bara släppa ut, asså till ingenting, det blir inte riktigt rätt, utan de behöver ju struktur och folk som är där, håller dom stående. Det tycker jag är svårt. O då blir det ju att de återkommer, både LVM och LPT.”

/ My

Morgan berättar i sin intervju om hur klienter placeras efter tvångsvården och hur det brukar gå till. Enligt Morgan borde det finnas ytterligare alternativ för boenden och inte antingen eller. Dock tenderar placeringskansliet i staden att placera utefter att klienten har fått etiketten “samsjuklig” och därmed räknas som aktiv i sitt missbruk, medan klienten kan ha uttryckt en vilja att sluta ta droger. Morgan menar att det är mycket begärt att förvänta sig att en samsjuklig klient ska ha kraft att stå emot ett återfall i missbruket efter avslutad tvångsvård.

“Men det som fattas ännu mer av det är drogfria boenden för den målgruppen, även samsjukliga personer kan ju någon gång få för sig att de ska försöka sluta med narkotika till exempel. Och det är jättesvårt att hitta. Många gånger blir det att man hamnar ute på, ja, landet i ett drogfritt boende [...]. De är väldigt dyra och man får mer stöd än man kanske behöver ett tag och då blir nästa steg, när de sen vill vidare så blir nästa steg väldigt långt, det finns två vägar att gå och det ena är att man ska till en helt egen lägenhet och då blir kraven väldigt höga direkt, man ska få en referenslägenhet. Eller så får man komma tillbaka till ett boende för samsjukliga och där finns det ofta en tolerans för missbruk och då, ja, faller det rätt ofta då.”

/ Morgan

På grund av platsbrist och svårigheter med att hitta passande boenden blir samsjukliga klienter ofta hängande i ett ingenmansland både före och efter tvångsvårdsvistelse. Enligt informanter

händer det att klienter under pågående vård mer oroar sig för hur det ska gå sedan än att koncentrera sig på behandlingsprocessen. Detta till följd av att det faktiskt inte påbörjats något arbete för att planera klientens tillvaro efter tvångsvården.

Analys

Anledningen till att vi vill problematisera olika aspekter på hur klienter kan falla mellan stolarna, är att vi anser det vara viktigt att belysa att människor hamnar i kläm, på grund av hur hjälpapparaten är uppbyggd. Vår tolkning av den empirin som belyser klienternas utsatthet är att systemen inte är utformade för den här målgruppen. Vi ser att det finns insatser som avhjälpas valda delar av klienternas problematik men att det brister då det kommer till helheten.

Genom empirin kan vi se att det är svårt att komma in i vården, det är svårt att få vara kvar i vården och det är svårt att hitta, upprätta och upprätthålla en fungerande uppföljande vård för dessa klienter. Det verkar i vissa fall bli ett långt ”bollande” med klienten mellan olika delar av hjälpapparaten. Marianne berättar om hur behandlingar kan påverkas negativt när klienter är oroliga över sin framtid. Detta anser vi, liksom Marianne själv säger, orsakar en onödig frustration hos klienter. Vi tolkar det informanterna berättar som att klienternas handlingsutrymme är minimalt. De som tillhör gruppen samsjukliga med missbruksproblematik och psykisk ohälsa som blir aktuella inom någon form av tvångsvård har små möjligheter att påverka hur vården ska utformas för att passa deras behov. Kanske eftersom att de själva inte vet hur den vården skulle kunna se ut men också eftersom det i dagsläget inte verkar finnas så stora resurser att lägga på en anpassad vård för denna klientgrupp.

Skau (2007) problematiserar hur klienter tenderar att bli medgörliga för att få sin vilja igenom då man står i beroendeställning till en professionell hjälpare. Om en klient inte uppskattar sin situation och vill göra en markering nämner Skau att det finns motmaktstrategier som klienten kan använda sig av. En motmaktstrategi är vägran att genomföra saker som vårdare säger till en att göra. I vår empiri skulle motmakt kunna ta sig uttryck i när klienter skapar kaos på avdelningar, blir våldsamma eller då de upplevs som att de inte längre bryr sig om vad som händer dem.

7.5 Sammanfattning och slutsatser

I detta avsnitt sammanfattas resultat och analys genom att besvara studiens frågeställningar. Frågeställningarna besvaras en och en utifrån vad som framkommit under resultat och analys. Avsnittet avslutas med författarnas egna slutsatser.

Upplever de professionella att det är problematiskt för klienterna att LVM och LPT är skilda lagstiftningar? På vilket sätt tar detta sig i så fall uttryck?

I studien framkommer att det är problematiskt att ansvaret för de båda tvångslagstiftningarna är delat mellan två olika huvudmän. Det verkar uppstå ett glapp mellan psykiatrin och socialtjänsten, där många klienter faller mellan stolarna. Detta glapp förklaras dels av rådande resursbrist, men även att det finns olika synsätt hos de olika aktörerna och man gör därmed olika bedömningar av vad som är en lämplig insats för klienten. De professionella menar att tvångsvården som den ser ut idag inte fungerar särskilt bra för klienter med samsjuklighet. Enligt dem far klienter illa då de bollas mellan två instanser, eftersom de inte alltid får den behandling de skulle behöva.

Vilka faktorer kan enligt professionella försvåra respektive underlätta för klienter med samsjuklighet att få den vård och behandling de behöver?

De professionella beskriver hur klienter med samsjuklighet är en svår grupp som ofta är mycket sjuka, något som kan försvåra behandlingen. Att de har olika form av problematik gör att det ofta blir svårt att veta vem som bär ansvaret för den eventuella behandlingen. Ansvaret lämnas dessutom gärna vidare då det är samma instans som utreder som ska betala insatsen. Detta leder i sin tur till att de i vissa fall inte får någon vård alls och i andra fall får vara utan adekvat vård. De professionella pekar på att samverkan är viktig för denna klientgrupp, då det är viktigt att olika aktörer kommer överrens om vilka behov klienten har. Något som underlättar för klienten att få den vård den behöver är om klienten själv är engagerad och strider för sin rätt. Även kunskap och erfarenhet hos de professionella underlättar, eftersom att kunskap och erfarenhet ökar professionelles handlingsutrymme och den professionella därmed kan hjälpa klienten på ett bättre sätt.

På vilket sätt anser de professionella att de påverkas av sitt arbete med klientgruppen?

De professionella beskriver hur de blir engagerade av sitt arbete. De beskriver att det är mycket som händer runt klienter med samsjuklighet, vilket kan göra det svårt att planera och genomföra insatser då planeringar kan förändras från dag till dag. Detta upplevs av informanter som delvis spännande och utmanande men också som frustrerande. Studien lyfter fram att informanter upplever sig inspirerade av att få chans att vara ett stöd för sina klienter. De beskriver också hur de upplever att det kan vara svårt att "lämna jobbet på jobbet", då de möter människoöden som är engagerande. De kan också uppleva hur det uppstår etiska dilemman då arbetet inom tvångsvård kräver att de ibland behöver gå emot personliga värderingar och vad man som professionell önskar ge klienten i form av stöd och medmänsklighet.

Vilka fördelar finns med samverkan kring klienter med samsjuklighet och vad hindrar samverkan?

I studien framkommer hur samverkan ofta sker runt klienter med samsjuklighet. Det kan vara socialsekreterare, skötare och behandlingsassistenter som möts och planerar för att tillsammans finna en så bra lösning som möjligt för klienten. Samverkan, då den fungerar, gynnar behandling, vård och stöd för klientgruppen med samsjuklighet. Informanter uppger hur de behöver varandras kompetens och expertis för att kunna utforma insatser för att tillgodose klientens specifika behov. Det är också positivt då klienten själv kan medverka i samverkan. Klienten får då en möjlighet att delta i planering av insatser och ta del i vilka insatser som ska genomföras och av vem. De faktorer som förhindrar samverkan kan enligt informanterna vara hög arbetsbelastning för arbetsgrupper vilket orsakar svårigheter att få till stånd samverkan. Ytterligare aspekter som förhindrar samverkansmöjligheter är då det är hög omsättning av personal inom arbetsgrupper. Ibland tar det tid att bygga upp samverkan kring en klient och byts personal ut under arbetets gång kan detta försvåra arbetet med samverkan. I studien framkommer att det kan uppstå irritation då de professionella upplever att andra instanser inte tar sitt ansvar. Denna irritation professionerna emellan kan till viss del förhindra en god samverkan.

7.5.1 Slutsatser

Utifrån studiens resultat och analys drar författarna följande fem slutsatser, först tre på samhällsnivå och sedan två på individnivå.

- Välfärdssystemet klarar inte av att fullt ut behandla personer som lider av både ett missbruk och en svår psykisk ohälsa.
- Resursbristen inom den offentliga sektorn, försvårar möjligheterna att utforma anpassad vård för samsjukliga klienter.
- Hjälpapparaten har svårt att tillgodose samsjukliga klienters behov av eftervård.
- Klienter far illa då de bollas mellan två instanser och risken är att de på grund av detta inte får den vård de behöver.
- Eftervården är väldigt viktigt för klienten. Detta för att bibehålla de positiva effekterna av tvångsvården.

8. Diskussion

Genom vårt arbete med dessa klienter har vi fått ett hjärta för dem. Vi har en önskan om att försöka hjälpa dem som ibland ter sig vara de minsta i samhället. Efter att ha läst Gerhard Larssons utredning (SOU 2011:35), som pekar på många brister i vården men inte ledde till några större förändringar av lagstiftningen, kände vi att något måste göras. Därav har denna undersökning tillkommit. Studien har besvarat de frågeställningar vi satt upp och syftet är därmed genomfört. Det visade sig att resultatet av vår studie skulle komma att stämma väl överens med vår förförståelse. Därmed inte sagt att vi kan glädja oss över resultatet då det vittnar om en svår situation för både personal och klienter.

I uppsatsen har en bild av en hjälpapparat som går ”på knäna”, med personal som sliter för att kunna samverka och klienter som faller mellan stolarna målats upp. I detta kapitel diskuteras det som kommit fram och resultatet jämförs med den tidigare forskningen. Därefter följer en diskussion om våra metodval och huruvida vi hade kunnat utföra studien på annat sätt.

Kapitlet avslutas med först förslag på möjliga åtgärder för att förändra dagens vård så att den även innefattar klientgruppen samsjukliga. Därefter följer ett avsnitt med våra förslag på vidare forskning i ämnet.

8.1 Engagerade professionella och klienter i kläm

Då vi genomförde vår studie mötte vi under intervjuerna engagerade informanter. De delade med sig av sin erfarenhet av klientgruppen på ett levande sätt, där de med känslor beskrev hur situationen runt samsjukliga klienter och tvångsvård ser ut idag. Det blev tydligt för oss att de känner mycket för klienterna och vill deras bästa, fast att det kan vara mycket svårt att veta just vad som är det bästa.

De professionella uttrycker frustration och trötthet över att arbetet är svårt och att det framför allt är svårt att ordna tid för samverkansmöten och vårdplaneringar. Kihlström och Wikström (2009) belyser i sin forskning de vinster som kommer av att ha en fungerande samverkan.

Detta stämmer överens med det vi ser i vår studie. Det finns absolut vinster med att samverka. Vi anser att en fungerande samverkan skulle kunna minska arbetsbelastningen på de som arbetar inom de olika fälten. Som vi tolkar empirin är det resursbrist på avdelningar, socialkontor och behandlingshem som leder till hinder för en smidig samverkan. Det är i våra ögon inte konstigt att en skötare på psykiatrin känner frustration då hen blir tvungen att släppa

ut en klient från avdelningen för att vårdplatsen behövs till någon som är ännu sjukare. Vet man att den person som skickas iväg fortfarande behöver vård men att det kräver ett samverkansmöte, orsakar det frustration när mötet inte hinns med innan personen lämnat avdelningen. Kommer så personen tillbaka senare i sämre skick och samma procedur sedan upprepas tror vi att frustrationen inom personalen ökar än mer. Vi anser att samverkan i sig är tänkt som ett verktyg för de professionella för att överbygga de glapp som orsakar denna typ av frustration.

Kihlström och Wikström (2009) beskriver i sin forskning positiva aspekter med samverkan som till exempel att yrkesgrupper möts och kan tala med varandra, diskutera begrepp och minska missförstånd genom att tydligt reda ut begrepp. Samverkan leder också enligt Kihlström och Wikström till att behandling av klienter når djupare i problematiken då samarbetet i samverkan utvecklas från att bestå enbart av informationsutbyte till att bli djupare diskussioner om klienten och hur man kan skapa möjligheter till god vård. Vi anser att Kihlström och Wikströms slutsatser är viktiga och håller med om att de fördelar med samverkan som de behandlar är något som även vi ser som angeläget. När våra informanter talar om fördelar med samverkan tolkar vi det som att även de är inne på samma spår som oss. Det som saknas för att det i praktiken ska bli möjligt att genomföra en fungerande samverkan är resurser. Med för hög arbetsbelastning är det svårt att få tiden att räcka till mer än bara de mest basala insatserna för klienterna.

I vår studie visar resultatet att informanterna anser att tvångsvård är livsnödvändigt, men att det finns mycket som inte fungerar. Bland annat framkommer det att det ofta inte går särskilt bra för klienter som tvångsvårdats, utan att många återfaller så fort de kommit ut. Clark och Young (2009) visar däremot i sitt resultat att tvångsvård är positivt. Vi frågar oss hur eftervården har sett ut för de klienter de undersökt. Med tanke på att det i vår undersökning framkommer att eftervård spelar stor roll för hur klienten ska lyckas efter tvångsvården, anser vi att det är något som borde ingått i Clark och Youngs studie. Vi menar utifrån vårt resultat att i en undersökning som fokuserar på effektiviteten av tvångsvård bör eftervården ingå, eftersom att den enligt vårt resultat spelar stor roll för utfallet av tvångsvård.

I intervjuerna talas flera gånger om hur klienter “faller mellan stolarna”, ett uttryck som vi själva också ofta använder, men som man kan fråga sig vad det egentligen betyder. Uttrycket kan leda till tankar om att klienter blir sittandes däremellan och inget händer. Men deras liv

pågår ju. I värsta fall tänker vi att klienten inte orkar mer, eller på grund av en överdos tragiskt nog dör. I andra fall kan “att falla mellan stolarna” helt enkelt bara betyda att det tar längre tid tills man får hjälp. Eller att man får den hjälp som finns att tillgå, även om den inte alls är anpassad efter klientens behov. De senare exemplen kanske inte låter så illa, men vi tycker att det är viktigt att man inte bara låter dessa människor vänta på att det ska bli så akut så någon känner sig tvungen att ta ansvar. För vi anser att detta inte är en klientgrupp som är helt hopplösa. Detta är människor som har rätt att bli behandlade som vem som helst i samhället och få det stöd och den hjälp som krävs för ett bättre liv. Utifrån vårt resultat tycker vi att det är av största vikt att något görs åt situationen för samsjukliga, så att människor slipper att skyfflas runt mellan olika instanser.

8.2 Troliga förklaringar till en “låst situation”

Ansvar för de samsjukliga klienterna ligger potentiellt på två olika huvudmän där ansaret väger över på den ena eller andra beroende på vilken del av klientens problematik som väger över just då vården blir aktuell, detta är något vi vill fokusera på i denna uppsats. Vår inställning till vården av denna klientgrupp har från början varit att integrerad tvångsvård är att föredra. Genom vår analys av resultatet ser vi hur problem uppstår då vården ser ut som den gör med de skilda huvudmännen och vi blir då mer övertygade om att integrerad vård skulle vara en bra lösning. Clark och Young (2009) kommer fram till detsamma i sin studie där de tillämpat integrerad tvångsvård på en klientgrupp. De menar att resultatet av integrerad vård, där både missbruksbehandling och behandling för sitt psykiska mående är mer effektivt än då samma typ av klienter vårdats enligt traditionella metoder. I vår studie är informanterna inte negativa till integrerad tvångsvård för samsjukliga klienter men de upplevs av oss som något avvaktande till idén, det kan bero på att de känner till hur systemet fungerar i dagsläget. Vi kan bara spekulera kring varför det inte skett en förändring i vården av samsjukliga ännu, även fast det nu är 4 år sedan utredningen gjordes (SOU 2011:35). Vi tror att en stor orsak till detta är att ekonomin styr.

Att vården ligger på skilda huvudmän innebär också att det ekonomiska ansvaret är skilt. Den som beslutar sig för att ta ansvar är också den som får betala. Vilket nästan kan ses som ett straff i dagens organisationsklimat, där det är viktigt att följa sin budget. I statens offentliga utredning (SOU 2011:35) konstateras att missbruk kostar samhället 150 mdkr, varje år. De menar att behandling av missbrukare är samhällsekonomiskt lönsamt, även om den är omfattande. Förutom de otroliga vinster man kan göra för livskvaliteten för den enskilde så

kan också samhällsekonomin tjäna på insatsen. Vi tror dock att man i ett land som Sverige inte har utrymme att tänka så. Då man anammat New Public Management och därmed lagt mer av det ekonomiska ansvaret på decentraliserad nivå, och där kortsiktiga ekonomiska mål ställs. En av följderna blir då att de som har ansvar för att utreda vårdbehov utifrån klientens behov, också måste ta hänsyn till just den kommunens, eller landstingets budget och därmed aktar sig för att besluta om stora och kostsamma insatser. Vår tolkning av situationen är att bedömningar görs mycket efter budgeters utrymme, inte bara efter klientens behov. Vilket gör systemet orättvist, inte minst för en svår klientgrupp vars insatser är mycket kostsamma.

8.3 Metoddiskussion

Då vi ser tillbaka på uppsatsprocessen är vi glada att konstatera att genomförandet blivit så som vi tänkt oss att det skulle bli. Planeringen av genomförandet utgick från de tidsramar som fanns uppsatta och vilka resurser vi ansåg oss ha till att samla in material och producera text. Hade förutsättningarna för uppsatsen sett annorlunda ut hade vi kanske valt att utforma studien på ett annat sätt än som vi nu gjort.

Vi är medvetna om problematiken i att göra en ansats att belysa klienters upplevelser utan att låta klienter komma till tals. Dock är inte intentionen med uppsatsen att göra klientens egen röst hörd utan bara belysa den situation som klienter med samsjuklighet befinner sig i. Därför lät vi informanterna berätta om det som de ser i sina möten med klienterna. Hade vi haft en annan ansats hade en alternativ metod varit att göra en narrativ analys av intervjuer med samsjukliga klienter och låta dem berätta sin historia. Viktigt hade dock varit att överväga de etiska aspekterna, då det alltid är viktigt att reflektera över om en studies resultat skulle göra tillräckligt stor skillnad för att värdet av utförandet ska överväga de eventuella skador som kan uppstå under processens gång. Studien behöver fylla en funktion utan att göra skada på en redan utsatt klientgrupp.

Denna studie är ämnad att belysa problematiken med att vårda människor inom en hjälpapparat med kategorier som inte är utformade för att flexibelt passa alla som behöver hjälpen. Därför blir det naturligt att lyfta fram informanternas kritik mot systemet likväl som att lyfta fram deras engagemang gentemot klientgruppen. Värdet i att be dem beskriva svårigheterna i arbetet blir stort då studien kan belysa att alla yrkesgrupper i studien delar samma känsla av att någonting borde förändras i vården av samsjukliga klienter. Detta medför dessvärre även att vi ur empirin har lyft fram citat där informanter uttrycker visst missnöje

gentemot andra instansers genomförande av insatser. Det vi ser genom empirin är dock att dessa citat ändå beskriver en frustration född till största delen av den resursbrist som råder inom alla de aktuella organisationerna. Det blir angeläget för oss att lyfta fram dessa tankar i studien för att visa att det finns en samstämmighet i den frustrationen. Vi har också sett i empirin att samtliga informanter faktiskt reflekterar kring sina egna insatser och uttrycker en självkritik och medvetenhet kring det egna handlandet som vi ser som positiv för en positiv utveckling av samverkan i framtiden.

Vår empiri räcker inte för att undersöka huruvida det finns skillnader mellan olika yrkesgrupper. Hade vi haft mer tid till att genomföra studien hade det varit intressant att intervjua fler informanter ifrån varje fält, för att sedan kunna göra en jämförelse. Syftet skulle kunna vara att analysera hur professionellas inställning till klienterna påverkar deras bemötande. Detta skulle till exempel kunna göras med en narrativ analys, för att se hur de talar om klienterna, beroende på vilken instans de jobbar inom.

8.4 Åtgärdsförslag

För att komma till bukt med den problematik som denna studie presenterar skulle följande tre åtgärder enligt oss vara lämpliga:

1. Genomförande av en lagändring (LPT och LVM) där ansvaret för klienter med samsjuklighet tydliggörs. En lagändring som gör att vård för missbruk och psykisk ohälsa inte längre ligger på två olika huvudmän, utan att ansvaret vilar på en och samma huvudman.
2. Öka antalet behandlingsplatser som är inriktade på både missbruksbehandling och vård av psykisk ohälsa. Eftersom att klientgruppen är stor, finns ett behov som behöver tillfredställas. Detta behov handlar inte enbart om behovet av fler boendeplatser, även om det också är en del av lösningen. Utan handlar också om att öka mångfalden av utformning bland de olika boendena så att klienter efter avslutad tvångsvård kan hamna på ett boende som bättre kan stötta enskilda klienter utifrån deras individuella behov.
3. Flytta det ekonomiska ansvaret bort från den som utreder och lägger förslag till tvångsinsatser. Detta för att utredningar ska bli mer rättvisa och inte riskera att avgöras av ekonomiska förutsättningar. Vi anser att alla ska ha samma rätt till vård, oberoende på vart i landet man bor.

Dessa åtgärder är allihop på samhällsnivå, vilket kan leda till att socialarbetare vars mål är att arbeta med individer kan tänka att; "det är någon annans ansvar". Men vem ska lyfta klienten för beslutsfattare på samhällsnivå om inte de som faktiskt är i kontakt med individerna och ser behoven? Det vi behöver för att få en förändring är engagerade socialarbetare, som brinner för klienternas bästa och som är beredda att stå upp och påverka de system som de är verksamma inom. Socialarbetare, som möter de utsatta klienter som denna uppsats handlar om, har kunskap om sitt fält och kan berätta för beslutsfattare hur situationen ser ut. Vi anser att det är vägen till förändring.

8.5 Förslag till vidare forskning

Vi anser att det finns stort behov att fortsätta forska på detta område. Fortsatt forskning skulle ge en mer utförlig bild av hur situationen ser ut och därmed kunna motivera till genomförandet av förändringar. Här presenteras våra förslag till vidare forskning.

För att få ett riktigt klientperspektiv, skulle en liknande studie som vår, fast där man intervjuar klienter behövas. Att få reda på hur klienterna ser på vårdens utformning är viktigt, då det är deras liv det handlar om. Det skulle också vara intressant att intervjua före detta yrkesverksamma. Det är tänkbart att dessa inte längre känner av lojalitet gentemot sin arbetsgivare och vågar vara mer kritiska än de som är aktivt anställda. Dessa studier skulle kunna bidra med en utökad kartläggning av hur situationen ser ut och vilka problemområden som finns.

Då organisationerna är politikerstyrda vore det också av största vikt att genomföra studier om hur politiker ser på situationen. Detta för att kunna förklara och motivera varför så lite förändringar görs, trots att problemet är så uppenbart. En sådan studie skulle kunna syfta till att väcka tankar hos politiker om att förändring behövs, kanske har de idag inte ens tänkt den tanken. För att politiker och andra beslutande ska kunna ta rätt beslut krävs också vidare forskning på vilken som är den mest effektiva vården för samsjukliga klienter. En tänkbar studie skulle kunna vara att forska på effektiviteten av tvångsvård kombinerad med olika sorters eftervård. Denna skulle kunna lägga en grund för hur man ska tänka runt behandling av klienter med både ett missbruk och en psykisk ohälsa.

Referenser

Andrén, N. (u.å.). *Klient*. Tillgänglig:

<http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/klient>

Berglind, H. (1990). Att vilja och att kunna - om villkoren för mänskligt handlande. I Aronsson, G. & Berglind, H. (Red.), *Handling och handlingsutrymme* (s.23-40). Lund: Studentlitteratur.

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Clark, C. & Young, M. S. (2009). Outcomes of mandated treatment for women with histories of abuse and co-occurring disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 37(4), 346-352. doi: 10.1016/j.jsat.2009.03.011

Goffman, E. (2014). *Totala Institutioner - fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor*. Lund: Studentlitteratur.

Grönwall, L. & Holgersson, L. (2014) *Psykiatrin, tvånget och lagen- En lagkommentar i historisk belysning*. Stockholm: Norstedts Juridik.

Gustafsson, E. (2010) *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet- En rättsvetenskaplig monografi om LPT*. Lund: Studentlitteratur.

Kihlström, A. & Wikström, E. (2009). Towards network and citizen: collaborative care for drug abusers. *International journal of health planning and management*. 24, 233-250. doi:10.1002/hpm.916

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lindberg, K. (2009). *Samverkan*. Malmö: Liber.

Lindgren, L. (2014). *Nya utvärderingsmonstret: om kvalitetsmätning i den offentliga sektorn*. Lund: Studentlitteratur.

Prop. 1993/94:218 *Psykiskt stördas villkor*. Tillgänglig:

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/prop-199394218-Psykiskt-stor_GH03218/

Prop. 2012/13:77 *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården*. Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/sb/d/16463/a/212216>

Psykekampanjen. (u.å.). *Psykisk sjukdom - vad är det?* Hämtad 2015-05-06.
<http://www.sverigesinre.nu.canit.se/>

Rönberg, L. (2011) *Hälso- och sjukvårdsrätt*. Lund: Studentlitteratur.

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken - etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

Skau, G.M. (2007). *Mellan makt och hjälp - Om det flertydiga förhållandet mellan klient och hjälpare*. Stockholm: Liber.

Socialstyrelsen. (2012). *Kunskapsguiden - samsjuklighet*. Hämtad 2015-05-06, från
<http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/Samsjuklighet/Sidor/default.aspx>

Socialstyrelsen (2014) *Kunskapsguiden*. Hämtad 2015-03-04, från
<http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/halsoproblem/Missbrukochberoende/Sidor/default.aspx>

Socialstyrelsen. (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. Lindesberg: Bergslagens Grafiska.

Socialstyrelsen. (u.å.) *Tvångsvård*. Hämtad 2015-03-05, från
<http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/tvangsvard>

SOU 2011:6. *Missbruket, Kunskapen, Vården*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.

SOU 2011:35 *Bättre insatser vid missbruk och beroende*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.

Statens institutionsstyrelse, SiS. (2015). *Om SiS - missbruksvård på LVM-hem*. Hämtad 2015-03-05, från <http://www.stat-inst.se/om-sis/>

Statens institutionsstyrelse, SiS. (2015). *Missbruksvård - LVM*. Hämtad 2015-05-06, från
<http://www.stat-inst.se/om-sis/missbruksvard-lvm/>

Svensson, G. (2012) *Högsta förvaltningsdomstolen och tvångsvården - om betydelsen i rättssäkerhetshänseende av domstolens domar angående LVU och LVM*. Stockholm: Norstedts Juridik.

Svensson, K., Johnsson, E. & Laanemerts, L. (2008). *Handlingsutrymme - Utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur & Kultur.

Vetenskapsrådet. (u.å). *Forskningsetiska principer - inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Tillgänglig: www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf Göteborg: Elanders Gotab.

Wiklund, S. (2008). Individ- och familjeomsorgen som vårdaktör på missbruksområdet. I Å. Bergmark, T. Lundström, R. Minas & S. Wiklund (Red.), *Socialtjänsten i blickfånget - Organisation, resurser och insatser*. Stockholm: Natur och Kultur.

1177 Vårdguiden. (2015). *Lagen om psykiatrisk tvångsvård*. Hämtad 2015-05-06, från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Regler-och-rattigheter/Psykiatrisk-tvangsvard/>

Bilaga 1 – Informationsbrev



GÖTEBORGS UNIVERSITET

2015-03-09

Hej!

Vi heter Linnea Åkesson och Sara Manfredsson, vi är socionomstudenter vid Institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet. Under vårterminen skriver vi vår C-uppsats som handlar om samsjukliga klienter med både missbruksproblematik och psykisk ohälsa inom tvångsvård. Syftet med uppsatsen är att undersöka och beskriva om och i så fall hur yrkesverksamma idag upplever att klienter med samsjuklighet, missbruk och psykisk ohälsa, påverkas av att LVM och LPT är två skilda tvångslagar.

Detta vill vi göra genom att intervjua yrkesverksamma, som dagligen kommer i kontakt med klientgruppen genom vård, stöd eller behandling, för att få in material. Då det är en utsatt klientgrupp som vi av etiska och praktiska skäl inte vill intervjua har vi valt att istället intervjua yrkesverksamma inom missbruksvård och psykiatri samt handläggare inom socialtjänsten. Därför är er medverkan mycket viktigt för oss!

Undersökningen följer forskningsrådets etiska principer och bygger därmed på frivilligt deltagande. Intervjuerna kommer att ta ca. 60 min och ni kan när som helst avbryta er medverkan utan att behöva motivera anledningen till detta. Intervjumaterialet kommer att behandlas konfidentiellt och i uppsatsen kommer vi använda fingerade namn så att du som informant förblir anonym. För att underlätta bearbetning av materialet samt för att citat och information inte ska försvinna i behandlingen av materialet kommer vi att spela in intervjuerna för att sedan transkribera dem. Dessa inspelningar kommer endast att hanteras av oss. Efter att uppsatsen är godkänd kommer materialet att makuleras.

Vi hoppas att du tycker att vårt ämne är intressant och har möjlighet att delta i intervjun! Om du har några frågor kring intervjun är du välkommen att kontakta oss eller vår handledare. Med vänliga hälsningar

Linnea Åkesson
Sara Manfredsson

Handledare: Jörgen Lundälv

Tack för din medverkan!

Bilaga 2 - Samtyckesblankett



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Samtycke för deltagande i intervju

Härmed samtycker jag till att medverka i en intervju som kommer att vara material för en C-uppsats av Linnea Åkesson och Sara Manfredsson.

Jag har tagit del av såväl muntlig som skriftlig information om uppsatsens syfte och upplägg.

Jag har informerats om vad mitt deltagande innebär och att jag när som helst kan avbryta min medverkan. Samt att all information som jag lämnar kommer att hanteras på ett sätt så att min identitet inte röjs. Obehöriga kommer ej att kunna ta del av den information jag lämnar.

.....
Ort och datum

.....
Namn

.....
Namnförtydligande

Bilaga 3 – Intervjuguide

Erfarenhet av klienter med samsjuklighet.

- Hur länge har du arbetat med dessa klienter?
- På vilket sätt? behandling/utredning?
- Hur skulle du beskriva klientgruppen som lider av både missbruk och psykisk ohälsa?
- Förklara vad som försvårar/underlättar för personer med samsjuklighet att få den vård och behandling de behöver?

Tvångsvård för samsjukliga

- Beskriv vilka svårigheter och möjligheter som finns för de klienter med samsjuklighet som är aktuella för tvångsvård, utifrån hur du upplever det.
- Är tvångsvård som den ser ut idag en bra lösning för klienter med samsjuklighet? Varför/varför inte? Kan du beskriva hur du skulle vilja att tvångsvården såg ut?
- Hur påverkas praktiken av att ansvaret för missbruksdelen ligger på kommunen medan ansvaret för den psykiska ohälsan ligger på landstinget?
- Vilken tror du är anledningen till att det inte finns någon integrerad tvångsvård för patienter/klienter med samsjuklighet?

Klienternas upplevelse av tvångsvård

- Berätta om vilka reaktioner du får ifrån klienter om tvångsvård i relation till deras samsjuklighet.
- Känner klienterna till de olika tvångslagarna?
- Har du hört någon reaktion från klienterna på att vi har skilda tvångslagstiftningar?
- Anser klienterna att de blir hjälpta av tvångsvård?
- Tycker klienterna att systemet är uppbyggt så att det passar dem?
- Kan klienter känna sig uppgivna på grund av att de inte får hjälp för båda sina problemområden?
- Anser klienterna att de "hamnar i kläm" / "mellan stolarna" då de har dubbla problemområden?
- Har du träffat klienter som försöker göra något åt sin situation? På något sätt stridit för sin rätt och för sina behov? Hur bemöttes de i det fallet?

Att arbeta med dessa klienter

- Beskriv hur tycker du att det är att arbeta med dessa klienter? (känslomässigt)
- Tycker du att du kan hjälpa dem på det sätt du skulle vilja?
- Hur upplever du att ansvarsfördelningen gällande dessa klienter ser ut? Är den tydlig? (här menar vi inte på en avdelning eller ett socialkontor utan över yrkesgränserna)
- Upplever du att lagstiftningen underlättar eller försvårar ditt arbete med klienten? Hur?
- Om du tänker helt fritt, hur skulle du vilja utforma vården för dessa klienter?

Samverkan

- Beskriv hur samverkan mellan olika yrkesverksamma ser ut.
- Hur anser du att samverkan fungerar i arbetet kring klienter med samsjuklighet?.

- Samarbete mellan kommun och landsting, hur upplever du det? Vilken ansvarsfördelning finns gällande patienter/klienter med både missbruk och psykisk ohälsa.
- Vilka hinder och möjligheter upplever du skapas genom samverkan?
- Vad finns som hindrar och/eller möjliggör samverkan?
- Sekretess, påverkas arbetet nämnvärt av sekretessen?