



# BEHANDLING AV SAMSJUKLIGHET MELLAN MISSBRUK OCH PSYKISK SJUKDOM: PROFESSIONELLAS UPPLEVELSER

EN KVALITATIV SEMISTRUKTURERAD INTERVJUSTUDIE: EGNA  
UPPLEVELSER FRÅN PROFESSIONELLA.

JOSEFINE FYHRING-LJUNGBERG  
LINNEA JANSSON

Examensarbete i socialt arbete  
61-90 hp  
Socionomprogrammet  
Januari 2025

Malmö Universitet  
Hälsa och Samhälle  
205 06 Malmö

# TREATMENT OF COMORBIDITY WITH SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL DISORDERS: PROFESSIONALS' EXPERIENCES

A QUALITATIVE SEMI-STRUCTURED INTERVIEW STUDY: OWN  
EXPERIENCES FROM PROFESSIONALS.

JOSEFINE FYHRING-LJUNGBERG  
LINNEA JANSSON

Fyhring-Ljungberg, J. & Jansson, L.

Treatment of comorbidity with substance abuse and mental disorders: professionals' experiences. A qualitative semi-structured interview study: own experiences from professionals. *Degree project in social work, 15/30 högskolepoäng*. Malmö university: Faculty of Health and Society, Department of social work, 2025.

## **Abstract**

People in comorbidity with substance abuse and mental disorder is a common group in society, yet the current treatment is still insufficient in many aspects due to various matters such as the complexity of the targeted group and a lack of overall responsibility. Previous studies show that a united action of social services and access to competence development is critical for the duty of this treatment. The professionals often claimed that a meaningful relationship with the client could not be achieved because of the shortage of resources. Therefore the aim of this study has been to investigate as well as shed light on the experiences of professionals working with this type of comorbidity, regarding what opportunities and difficulties they are able to define in the work. The chosen method is a case study based on six qualitative semi-structured interviews with six professional workers from both the public sector and private sector in the south of Sweden. The results show that the experiences of the professional workers are individual but many times similar to one another. The collected empirical evidence was characterized by multiple experiences and was divided into five different themes; working method, cooperation, principalship, resources and stigma. Our findings show that the professionals participating in the study express a lot more difficulties compared to opportunities in their work. The participants experience several obstacles in all of the presented themes, such as a reluctance of responsibility, a difficulty in united action and a lack of resources to carry forward the treatment. Lastly all participants raised this issue as a matter to be handled on a government level.

**Keywords:** comorbidity, substance abuse, mental disorder, experiences, treatment, professionals

# Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b> .....	<b>4</b>
1.1. Problemformulering.....	5
1.2 Syfte.....	5
1.3 Frågeställningar.....	5
<b>2. Tidigare forskning</b> .....	<b>6</b>
Tabell 1, redovisar överblick över identifierade artiklar.....	6
2.1 Samverkan.....	8
2.2 Kompetens.....	9
2.3 Relationen till klienten.....	9
2.4 Resurser.....	10
2.5 Frustration.....	10
2.6 Stigma.....	10
2.7 Arbetssätt.....	11
<b>3. Teori</b> .....	<b>11</b>
3.1 Rollteori.....	11
<b>4. Metod</b> .....	<b>13</b>
4.1 Urvalsstrategi.....	13
4.2 Tillvägagångssätt.....	14
4.3 Intervjuguide.....	15
4.4 Analysförfarande.....	16
4.5 Forskningsetik.....	17
<b>5. Resultat och analys</b> .....	<b>18</b>
Tabell 2, redovisar en kort översikt om respektive intervjuperson.....	19
Tabell 3, redovisar identifierade teman från respektive intervjuperson.....	20
5.1 Arbetssätt.....	21
5.1.1 Diskussion av tema Arbetssätt.....	24
5.2 Samverkan.....	25
5.2.1 Diskussion av tema Samverkan.....	27
5.3 Huvudmannaskap.....	27
5.3.1 Diskussion av tema Huvudmannaskap.....	29
5.4 Resurser.....	29
5.4.1 Diskussion av tema Resurser.....	31
5.5 Stigmatisering.....	32
5.5.1 Diskussion av tema Stigmatisering.....	34
<b>6. Diskussion</b> .....	<b>35</b>
<b>Referenslista</b> .....	<b>38</b>
<b>Bilaga 1- Arbetsfördelning</b> .....	<b>41</b>
<b>Bilaga 2- Informationsbrev</b> .....	<b>42</b>
<b>Bilaga 3- Intervjuguide</b> .....	<b>44</b>

# 1. Inledning

I Sverige finns det idag ett delat huvudmannaskap över missbruk- och beroendevården. Ansvar för missbruk- och beroendevården delas idag av socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det har under några år diskuterats fram och tillbaka om det istället borde finnas endast en huvudman som bär ansvaret. Diskussionen har bidragit till en intensiv debatt om huruvida detta är en framtida lösning för förbättring eller om det istället kommer leda till försämring av vården. En del debattörer samt politiker menar att det som blir problematiskt med ett delat huvudmannaskap är att personer med svårare missbruk och beroendeproblematik slussas mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården, där resultatet blir att de inte får den sammanhållna vård och behandling de behöver (Motion 2019/20:2766). Missbruk är ett begrepp som länge haft en central roll i svensk alkohol- och narkotikapolitik samt lagstiftning, och kan definieras som en okontrollerad eller överdriven användning av alkohol eller narkotika, vilket är det som syftas till i denna studie. Ordet beroende används också flitigt i vardagsspråket, och innebär en relation till något man behöver för att ens tillvaro ska fungera. Ett drogberoende innebär en ofrihet eller en förlust av kontroll i relation till droganvändningen och en upplevelse av att man behöver drogen för att fungera (Johnson, Richert & Svensson 2023).

Debatten om hur en huvudman bör ha ansvaret sker inte enbart inom missbruk- och beroendevården, den har även öppnats upp när det kommer till samsjuklighet i form av psykisk sjukdom kombinerat med beroendesjukdom. Vissa politiker menar även här att personer med denna form av samsjuklighet ofta hamnar i en situation där ingen tar ett helhetsansvar. De menar att personer slussas mellan socialförvaltning och sjukvård och får ingen riktig hjälp att klara sin vardag eller sin sjukdom (Motion 2019/20:88). För att definiera psykisk sjukdom, är det psykisk ohälsa som uppfyller kraven för en psykiatrisk diagnos. Det syftas alltså inte till psykiska besvär, utan psykiatriska tillstånd som blivit diagnostiserade. Exempel på sådana kan vara depression, ångestsyndrom, schizofreni, traumasyndrom eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF) som adhd, autismspektrumsyndrom och intellektuell funktionsnedsättning (Socialstyrelsen 2022). I denna studie kommer målgruppen att benämnas som patienter och klienter, beroende på vilken kontext de befinner sig i.

Samsjuklighet innebär att ha flera diagnoser samtidigt. Det kan vara allt ifrån två eller flera diagnoser där minst en av dem är en beroendediagnos och ytterligare minst en är ett annat psykiatriskt tillstånd (SBU 2024). En skadlig beroendeproblematik i kombination med andra psykiatriska diagnoser, kan påverka och förstärka varandra på olika sätt (SOU 2021:93).

En omtalad fråga och önskvärd åtgärd är en integrerad behandling som tar hand om båda delarna i samsjukligheten. Studier menar att en resursstark och multidisciplinär verksamhet med kompetenta team är en effektiv metod för att bistå denna målgrupp med hjälpen de behöver (Wirbing & Borg 2010). Individer med denna typ av samsjuklighet har i regel dock stora svårigheter med att få tillgång till behandling då utbudet i dagsläget är otillräckligt och bristfälligt (SOU 2021:93). Dessutom blir kampen hos de professionella som arbetar med behandlingen i fråga ett faktum på grund av komplexiteten och det uppdelade ansvaret (Wirbing & Borg 2010). Denna uppsats undersöker med hjälp av kvalitativa intervjuer professionellas upplevelser av behandlingen med personer med samsjuklighet mellan missbruk och psykisk sjukdom för att ta reda på eventuella möjligheter och svårigheter i arbetet.

## 1.1. Problemformulering

I debatten gällande vem det är som ska besitta huvudmannaskap kring samsjukligheten mellan missbruksproblematik och psykisk sjukdom syns politiker samt olika debattörer. Däremot syns inte de som faktiskt utövar behandlingen. Alla de professionella som dagligen står inför behandling eller den samverkan som påstås ha fler negativa effekter än positiva är svåra att hitta i dessa diskussioner. Därför har vi i denna studie intervjuat professionella som aktivt behandlar denna typ av samsjuklighet, eller är med i samverkan och behandlar en av delarna för att lyfta fram deras eventuella svårigheter och/eller möjligheter samt åsikter när det kommer till behandling och arbetssätt. Genom att göra detta går det att få fram perspektiven från de som faktiskt aktivt arbetar i denna omtalade problematiska situation, vilket kan bidra med konkret information och erfarenheter.

Integrerade behandlingsprogram där det samtidigt och integrerat ges behandling för både missbruket och den psykiatriska problematiken ska, som tidigare nämnts, ge ett bättre resultat än om behandlingarna är organisatoriskt åtskilda (Wirbing & Borg 2010). Men kapaciteten för evidensbaserad integrerad behandling av psykiatrisk samsjuklighet i missbruksvården varierar, är ofta otillräcklig och saknas på bred basis. Detta beror på en avsaknad av kombinerad expertis i vårdsystemet eller personal med rätt kompetens. I svenska system kan till exempel friktion uppträda i gränsytona mellan hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Detta kan bero på att samsjukligheten i dagsläget antingen behandlar en problematik i taget eller är parallell med olika insatser, vilket innebär att flera myndigheter och behandlingsverksamheter berörs samtidigt (SOU 2021:93). Denna form av samsjuklighet är något som har en konstaterad ökning och det går att anta att fler personer har någon sorts samsjuklighet än vad statistik kan visa, det vill säga att mörkertalet förmodligen är stort. Trots att samsjuklighet är vanligt och det finns ett stort behov av vägledning, är det vetenskapliga underlaget på området begränsat (Socialstyrelsen 2019). För att samsjuka individer ska få rätt stöd krävs det inte bara att genomgå behandling, det krävs att man genomgår behandling där personalen kan utföra behandlingen på bra grunder (Rystedt, Sundh, & Alfredsson Olsson 2021). Professionella som arbetar med personer inom denna målgrupp måste ha förståelse för de olika mekanismerna i samsjukligheten. Om denna förståelse inte finns kan konsekvensen bli allvarliga problem i form av att behandlaren inte kan urskilja vad i klientens beteende, berättelser och reaktioner som är ett uttryck för en störning eller liknande. Detta kan vidare leda till hinder i bland annat verksamheters samverkan (Wirbing & Borg 2010).

Denna studie kommer därför att undersöka professionellas upplevelser inom arbetet med denna komplexa målgrupp, samt vilka svårigheter och möjligheter de upplever i behandlingen. Studiens förhoppning är att skapa en möjlighet för kommande diskussioner där de professionellas röster blir hörda och att skapa bättre förutsättningar för behandlingsarbetet.

## 1.2 Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka professionellas upplevelser vid behandling av personer i samsjuklighet mellan missbruk och psykisk sjukdom, för att få en överblick och förståelse av eventuella hinder och möjligheter professionella genomgår vid utförande av behandling.

## 1.3 Frågeställningar

- Hur upplever professionella arbetet med behandling för personer med samsjuklighet mellan missbruk och psykisk sjukdom?

- Vilka svårigheter och möjligheter upplever professionella som utövar behandling av personer i samsjuklighet mellan missbruk och psykisk sjukdom?

## 2. Tidigare forskning

I detta avsnitt presenteras tidigare forskning om professionellas upplevelser vid behandling av personer i samsjuklighet mellan missbruk och psykisk sjukdom relaterat till både svårigheter och möjligheter. För att samla in tidigare forskning har vi utfört en litteratursökning. Totalt identifierades åtta artiklar som inkluderats i studien. Databaserna som använts vid identifiering av artiklarna är Psycinfo och Sociological abstract. Psycinfo är en bred databas innehållande olika publikationer av vetenskaplig psykologisk forskning inom medicin, omvårdnad och närbelägna områden. Psycinfo är en förkortning av American psychological associations. Sociological abstract är en databas som innehåller bland annat vetenskapliga tidskriftsartiklar samt referenser till avhandlingar, konferenspublikationer, böcker och kapitel ur böcker, vilket även kan hittas i Psycinfo. Däremot innehåller Sociological abstract forskning som rör sig inom sociologi och närliggande ämnesområden inom samhälls- och beteendevetenskap. Något som utmärks bland artiklarna är att tre av dem använder sig av ett internationellt perspektiv, till skillnad från de övriga fem som är inriktade inom ett specifikt geografiskt område. Samtliga artiklar riktar sitt fokus till professionella inom både psykiatrisk och social kontext, och undersöker deras upplevelser inom ramen för det vi vill undersöka.

Det är av värde att nämna att det kan förekomma brister i litteraturundersökningen gällande antal inkluderade artiklar. I jämförelse med det breda sökresultatet, lästa titlar samt lästa abstract har endast åtta av dessa artiklar kvalificerats för användning i denna studie. Antalet lästa titlar är fler än lästa abstract, vilket lämnar utrymme för att artiklar som egentligen är av relevans för att besvara syfte samt frågeställning kan ha missats. Artiklarna vi valde anses dock ha varit tillräckliga. De vetenskapliga artiklarna är begränsade till två databaser, vilket kan ha påverkat flödet av sökresultat där väsentliga artiklar som förekommer på andra databaser kan ha missats. Artiklarna som använts är på engelska. Detta har inneburit att översättningar har förekommit från engelska till svenska, vilket resulterar i att de kan ha påverkats av respektive översättares ordförråd samt svårigheten i att översätta så att samma budskap förmedlas.

Tabell 1 presenterar en övergripande bild av de åtta olika artiklarna, bland annat vilka sökord samt respektive databas som använts och vilket land artikeln ämnar sig åt.

Tabell 1, redovisar överblick över identifierade artiklar.

Datum	Sökord	Databas	Avgränsning	Land	Artikel
16/12	Co-occurring mental health AND addiction, Treatment providers, experiences	Psycinfo	Peer reviewed	USA	Living it or learning it: attitudes and beliefs about experience and expertise in treatment for the dually diagnosed
16/12	Comorbidity or dual diagnosis or co-occurrent,	Psycinfo	Peer reviewed	USA	Mental health provider perspectives on

	Treatment provider, Experiences or perceptions or attitudes or views				co-occurring substance use among severely mentally ill clients
18/12	Co-occurring addiction and mental health, experiences or perceptions or attitudes or views or staff	Psycinfo	Peer reviewed	Internationellt	Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use
20/12	Co-occurring addiction and mental health and professionals and experiences	Psycinfo	Peer reviewed	Sverige	Micro-affirmations and Recovery for Persons with Mental Health and Alcohol and Drug Problems: User and Professional Experience-Based Practice and Knowledge
22/11	Comorbidity and professional and treatment	Sociological abstract	Peer reviewed	Södra Australien	Service provider barriers to treatment and care for people with mental health and alcohol and other drug comorbidity in a metropolitan region of South Australia
22/12	Comorbidity and professional* and treatment	Sociological abstract	Peer reviewed	Internationellt	Social work, mental health and substance use: a scoping review
22/12	Comorbidity and treatment* and professional* and experience*	Sociological abstract	Peer reviewed	Internationellt	Delivery of a mainstreaming treatment model towards co-existing difficulties: a brief exploration of practitioners' understanding, views and reported experiences
22/12	Comorbidity and mental disorder* and addiction and treatment* and professional*	Sociological abstract	Peer reviewed	Danmark	Challenges in working with patients with dual diagnosis

## 2.1 Samverkan

En upplevd svårighet hos professionella som arbetar med denna komplexa samsjuklighet är samverkan. Howard & Holmshaw (2010) lyfter i sin studie att samverkan identifierades som en huvudform för olika yrkeskategorier där problemlösning samt diskussioner skulle uppstå för att grunda beslut om vård och olika behandlingssätt för klienter. Syftet i deras studie är att utforska faktorer som intervjudeltagarna upplevde som hjälpande respektive hindrande i arbetet med denna målgrupp med hjälp av mixed methods. Samverkansmötet syftade alltså till att skapa handlingsplaner gällande framtida insatser i arbetet med klienten, men deltagare i studien menade att utförandet i praktiken blir någonting helt annat. De uttrycker att det är en felaktig bild eftersom att diskussioner och idéer som presenteras under samverkansmöte inte blir lyssnade till eller lätt blir bortglömda, vilket i sin tur bland annat resulterar i bristande konsekvenser för terapeutiska tillvägagångssätt. Det visade sig även att viss personal tenderar att dra sig undan från samverkansmöten, då de upplever en osäkerhet kring besvarandet av frågor till annan aktör eller personal om vissa klienter. Ytterligare beskrivs det hur aktörer som egentligen borde närvara på dessa typer av möten inte blir involverade för att det finns ett bristande förtroende till andra yrkesverksamma (ibid). Samtidigt som samverkansmöten beskrivs som en svårighet, kan det också beskrivas som en ytterst nödvändighet. I H. Brown, Grella & Coopers (2002) studie uttrycker en deltagare som arbetar med behandling kring denna typ av samsjuklighet att, för att kunna åstadkomma det bästa möjliga behandlingssystemet för att ta itu med flera olika behov hos klienter så krävs det expertis från flera olika håll. Syftet i studien är att undersöka vårdgivares attityder och åsikter kring personer med samsjuklighet mellan missbruk och psykisk sjukdom. Empirin i deras studie har erhållits från en kvalitativ metod (ibid.). Detta bekräftas på samma sätt i en annan studie, som även lyfter att det är nödvändigt för att åstadkomma en fungerande behandling vilket är ytterst viktigt för att förhindra återfall och minska riskerna för försämring bland dessa klienter (De Crespigny, GrønkJær, Liu, Moss, Cairney, Procter, Possel, Jebaraj, Schultz, Banders, King, Lee & Galletly 2015). I De Crespigny et. al (2015) studie är syftet att genom mixed methods belysa vårdgivares kunskap, erfarenheter och åsikter om nyckelfrågor som rör behov gällande behandling av denna komplexa samsjuklighet.

Samverkan inom denna komplexa samsjuklighet har inte bara sina positiva effekter för klienterna, utan även för de som arbetar inom den. Enligt de professionella själva minskar det stressen i hanteringen med klienterna, minskar arbetsbelastningen, skapar en trygghet för de arbetande och en bättre förståelse för klienternas behov (Guest & Chrisp 2015). I Guest och Chrisp (2015) studie är syftet att beskriva genomförandet av en mainstreaming-modell inom offentlig sektor. Modellen främjar inkludering för personer med samsjuklighet i form av missbruk och psykisk sjukdom. Studiens empiri är inhämtad från kvalitativa intervjuer. Mericle, Alvarez & Havassy (2007) beskriver däremot att majoriteten av deltagarna nämnde hinder på systemnivå angående hur det nuvarande vårdsystemet var organiserat, eller inte organiserat, när det kommer till att behandla svårt psykiskt sjuka klienter med missbruksproblematik. Detta innefattar systematiska tillträdesbarriärer, begränsade behandlingsmöjligheter, ingen kontinuitet i vården, brist på behandlingstider och dålig behandlingskvalitet (ibid). I Mericle, Alvarez & Havassy (2007) studie är syftet att undersöka vårdgivares strategier och hinder vid behandling samt hur behandlingen kan förbättras. Empirin i deras studie har erhållits från en kvalitativ metod. Pinderup (2018) nämner liknande problematik i sin studie vars syfte är att undersöka de professionellas upplevelser av denna samsjuklighet genom kvalitativa intervjuer. Deltagarna i studien informerade om att de inte hade ett formellt samarbete eller en formell samverkan med andra aktörer. Deras fokus var på att behandla den specifika problematik som de var specialiserade inom, och vid ett eventuellt samarbete med andra aktörer så valdes de slumpmässigt ut efter kännedom eller erfarenhet.



Om den professionella då inte har kännedom eller erfarenhet av vilka aktörer som skulle kunna vara behjälpliga att behandla patienten för det som låg utanför deras expertis, remitterades patienten till något slumpmässigt. Ett resultat av att inte ha något fast samarbete eller samverkan var en minimal kontakt mellan aktörerna, där patienten fick agera budbärare och medla dem emellan samt att de ibland gav motstridiga behandlingar (ibid). Det är välkänt att omvandling av system och processer behövs för att förändra praxis, och på liknande sätt rekommenderades förbättrad tvärvetenskapligt samarbete. Även systemförändringar krävs för att underlätta denna typ av arbete så att olika aktörer får möjlighet att samarbeta snarare än att träna individer (Benson, Cameron & Allan 2023). I Benson, Cameron & Allan (2023) studie är syftet att genom en litteraturstudie utforska samt kartlägga forskningslitteratur om socialt arbete och dess skärningspunkt till samsjuklighet i form av missbruk och psykisk sjukdom.

## 2.2 Kompetens

Att det krävs expertis från flera olika håll råder det inga tvivel om, det är en gemensam uppfattning i samtliga artiklar. Däremot upplever en del missbruks-vårdgivare att även om de har dokumenterad utbildning i drog- och alkoholbehandling tas deras perspektiv inte på allvar av psykiatriska vårdgivare (H. Brown, Grella & Cooper 2002). En del uttryckte även en stor frustration gällande att inte bli hörd av annan yrkesprofession. De menar att de träffar många av patienterna dagarna in och dagarna ut, men vid överföring av viktig information om en klient, blir man inte lyssnad på av andra yrkesprofessioner. En del upplevde att deras erfarenhetsbaserade kunskap blev mindre värd på grund av deras brist på professionell utbildning. Det visade sig även att vissa vårdgivare var mer mottagliga för att bygga på sin utbildning medan andra inte ansåg sig behöva det (ibid). Howard & Holmshaw (2010) förmedlar i sin studie att de allra flesta deltagarna ansåg att de behöver mer utbildning kring områdena grundläggande drogmedvetenhet, juridiska perspektiv och terapeutiska tekniker. Deltagare från både statliga och icke-statliga sektorer uppgav att deras organisationer var stödjande för att ge allmän och samsjuklig professionell utveckling. Några av deltagarna betonade dock att deras tjänster var begränsade av tidsbrist och pengar för att kunna ge tillräcklig utbildning (De Crespigny, et. al 2015). Benson, Cameron och Allan (2023) belyser vikten av att professionella utbildas inom både psykisk hälsa och missbruksbehandling när man arbetar med denna form av komplexa samsjuklighet. De menar att det stämmer överens med aktuell forskning som tyder på vikten av att yrkesverksamma utbildas inom båda områdena för att bland annat begränsa personalens känslor av oförberedhet när de arbetar med personer som har dubbeldiagnoser.

## 2.3 Relationen till klienten

I Topor, Von Greiff & Skogens (2019) studie beskrivs att en viktig komponent i arbetet med klienter med denna samsjuklighet är relationen. Syftet med deras studie är att genom kvalitativa intervjuer undersöka och belysa de professionellas upplevelser av arbetet med personer som har samsjuklighet mellan missbruk och psykisk sjukdom. Ett gott bemötande, ett bra samspel och en bra allians är av stor vikt, men detta kräver också ett hårt arbete. Vissa professionella tänjde på gränserna för vad som är inom ramen för deras arbete för klientens skull. En deltagare uttryckte att man såklart måste vara professionell och behandla alla efter samma grunder, men att det finns vissa man känner lite extra för och har ett speciellt band till: "You have to be professional and treat everybody in the same way (...) but with some you can feel a special connection" (Topor, Von Greiff & Skogens 2019: 378). Detta är något som en deltagare i Mericle, Alvidrez & Havassys (2007) studie också kunde relatera till. När man har ett speciellt band med en klient, är det inte helt ovanligt att man känner att man äventyrar relationen vid samtal om exempelvis missbruksproblematiken. Det berättades även att det är svårt att ha den typen av samtal eftersom att man är rädd för att man ska kränka dem (ibid). I

De Crespigny, et. al (2015) påpekade deltagarna i studien att ett av hinderna för att bygga relationer till deras klienter var den korta vårdtid som de blev tilldelade. Utvecklingen av förtroende mellan professionell och klient beskrivs som väsentligt för ett framgångsrikt engagemang i vården. Med de väldigt korta vårdtider för klienterna, var de professionellas erfarenhet att detta inte är tillräckligt för att bygga förtroende och skapa en relation med klienterna som har de komplexa behov som tillkommer från denna form av komplexa samsjuklighet (ibid).

## 2.4 Resurser

I Howard & Holmshaw (2010) studie, talar deltagarna om de konsekvenser som medförts av bristande resurser. De deltagande rapporterade att de saknade stöd och inte kunde få tillgång till handledning, att deras chefer var mycket upptagna och svåråtkomliga vid behov av råd och stöttning. Ytterligare beskriver de deltagande att det fanns en upplevd brist på stödstrukturer kring ramverk i beslutsfattande kring hantering av olaglig droganvändning. Detta bekräftas även i Pinderups (2018) studie, där de deltagande berättar att de sällan fick nog med tid och utrymme till att kontakta eller träffa professionella från andra institutioner. Detta stämmer ytterligare överens med det som beskrivs i De Crespignys et. al (2015) studie, där de deltagande betonade att deras tjänster var begränsade av tidsbrist och pengar. Detta resulterade även i svårigheter till exempel gällande att ge tillräcklig utbildning för sin personal, då det bland annat inte är möjligt att ta ledigt från sin tjänst för att delta i utbildning eller klinisk handledning. I Mericle, Alvidrez & Havassys (2007) studie beskriver deltagarna en frustration kring de minskade resurserna och de förkortade behandlingstiderna. De menade på att det behövs fler resurser, för att kunna få längre behandlingstider och för att kunna skapa ännu fler behandlingsanläggningar.

## 2.5 Frustration

En återkommande känsla i artiklarna hos de professionella var frustration. Hinder på systemnivå som hänför sig till samhälleliga värderingar och prioriteringar var också något som vårdgivare berättade om (Mericle, Alvidrez & Havassy 2007). De syftade till barriärer när det gäller tillgängligheten för vård och behandling för psykisk hälsa samt missbruk, att de är separata och begränsade i omfattning på grund av hur psykiska störningar och missbruk generellt sett ses av allmänheten. Förutom den upplevda frustrationen på systemnivå framkommer det även en frustration kopplat till klienterna. En del av intervjudeltagarna upplevde klienterna som icke-motiverade, vilket bidrog till den tidigare nämnda frustrationen. Detta resulterade även i en känsla av maktlöshet av att inte kunna förbättra sina klienters liv (ibid). En av deltagarna i Howard & Holmshaw (2010) studie, berättade att hen upplever det oerhört frustrerande att arbeta med klienter som tar droger. Speciellt när vissa försöker ta med sig droger in på avdelningen och sedan levererar droger till andra som också är där för behandling av sitt missbruk. Deltagaren berättar även att hen av erfarenhet nu insett att det inte går att vara dömande i arbetet, man måste försöka vara icke-dömande och istället försöka stödja dem (ibid).

## 2.6 Stigma

De Crespigny et. al (2015) beskriver i sin studie att intervjudeltagarna upplever stigma och ointresse för sina klienter av annan personal, på grund av att annan personal har dömande attityder till klienter med denna form av samsjuklighet. De deltagandes kunskap om sina klienters upplevelser av skam samt stigma är grunden till deras syn på vikten av ökad kompetens kring denna målgrupp, samt vikten av anständig personal inom verksamheten. De betonade denna målgrupps sårbarhet och behovet av deras komplexa problem som måste

bedömas individuellt och holistiskt för att på det sättet kunna tillgodose deras specifika behov. Varje klient skiljer sig i de utmaningar de står inför och kan inte "klumpas ihop" i en kategori (ibid).

## 2.7 Arbetssätt

Att engagera klienten i terapeutisk behandling ses också som en vanlig svårighet (Howard & Holmshaw 2010). I Pinderup (2018) studie beskriver deltagarna att den standardiserade behandlingen gjorde det utmanande att behandla patienter med missbruksproblematik och psykisk sjukdom. Det beskrivs hur öppenvården inkluderar så kallade "behandlingspaket" där sjukvårdsinsatser är fördefinierade och standardiserade. Dessa är utformade för att behandla endast psykisk sjukdom, vilket orsakar problem när patienten också har en samtida missbruksproblematik. Bristen på tid för att ta itu med båda delarna i denna form av samsjuklighet framstår som en tydlig utmaning hos några av deltagarna i studien. När en patient har flera problem är det svårt att bedöma dessa problem inom den tillgängliga tiden som man har (ibid).

En slutsats som kan dras av tidigare forskning inom området är att svårigheterna är omfattande. Svårigheterna sträcker sig från de professionellas samverkan, kompetens, relationen till klienten och resurser till frustration, stigma och arbetssätt.

## 3. Teori

En stor utgångspunkt för tolkning av den sociala verkligheten är symbolisk interaktionism. Denna breda teori kommer att ges en översiktlig förklaring för att ge läsaren en grundlig förståelse för dess innebörd och utgångspunkt. Därefter presenteras en teori som rymms inom symbolisk interaktionism och som kommer att tillämpas vid analys av studiens resultat: rollteori.

Symbolisk interaktionism har sina sociologiska rötter i det tidiga urbana livet i storstaden Chicago och fick namnet av Blumer, som var en elev till sociologen Mead (1863-1931). De symboliska interaktionisterna menar att människan bör ses som en tolkande och reflekterande varelse som kommunicerar med hjälp av olika symboler, och att ett mänskligt självmedvetande skapas regelbundet genom situationer och möten i vardagslivet (Johansson & Lalander 2018). Den sociala interaktionen är en central del som de flesta gånger ses som något socialt, men kan även ske när den enskilde individen tänker eller pratar med sig själv (ibid.). Den professionella som arbetar med personer i samsjuklighet befinner sig ofta i sociala sammanhang med mycket interaktion, dels med klienter men också med kollegor och personer i samverkan, men kan också antas vara i en ständig monolog med sig själv om allehanda saker hon upplever i arbetet. Kortfattat ligger kärnan i symbolisk interaktionism i att vi interagerar med varandra genom symboler i vilka vi lär oss lägga mening i (Trost & Levin 2018).

### 3.1 Rollteori

För att förstå den sociala interaktionen mellan människor och varför de agerar på vissa sätt, måste vi även förstå individens intagande av olika roller.

Begreppet roller har kommit att bli ett centralt begrepp som idag används inom en rad olika sammanhang (Arvidson & Johansson 2017). Ett exempel är hur snabbt vi kan byta roll när vi åker hem från arbetet och ska träffa en kompis. Likadant blir det för den professionella som arbetar inom en människobehandlande organisation, som kan släppa sin professionalitet när arbetspasset är slut och det är dags för hemgång och middag med sin partner. Den

amerikanske socialantropologen Ralph Linton införde termen roll som ett vetenskapligt begrepp och inte bara som en vardagsterm, som Mead tidigare gjort. Linton menade att vi människor lever i grupper och att grupperna har den egenheten att vi som gruppmedlemmar ser oss själva och de medlemmarna som en enhet (Troost & Levin 2018). Genom detta tillhörande av en given grupp får vi förväntningar på oss som är av stor betydelse för hur vi som enskilda individer ska handla i en given situation eller social position. En roll är alltså en uppsättning normer och förväntningar på vad man som enskild ska göra och hur man ska bete sig (Repstad 2016). Inom rollteorin existerar fyra termer som är av stor betydelse: position, förväntningar, roll och beteende. Med termen position menas att medlemmar i en grupp besitter olika positioner, exempelvis förälder, syster, styrelsemedlem etcetera. En position förutsätter dock att det finns andra positioner som står i någon slags relation till den första. Termen förväntningar innebär att det finns normer eller regler satta för hur man ska bete sig i en given situation. Alla känner till dem men de kanske inte är kodifierade, alltså nedskrivna. Termen beteende handlar om vad vi gör eller inte gör, vad vi tänker eller inte tänker och vad vi säger och inte säger. Om individens eller andras beteende inte ligger inom en ram som anses som rimlig för dess roll, kan en förvirring uppstå (Troost & Levin 2018).

Termen roll används av Linton som en process relaterad till just position, förväntningar och beteende. Denna studie utgår från Lintons rollteori, även om det finns motsättningar i hur termen ska användas - vissa använder termen liktydigt med position eller ibland liktydigt med förväntningar och beteende. Normerna och förväntningarna kopplade till rollen uttrycks av andra och efter hand blir de ofta internaliserade, det vill säga att individen tar dem till sig som en del av sin egen verklighetsuppfattning. Den professionella rollen och klientrollen innehåller en uppsättning av normer och regler och är knuten till hur människorna i dessa roller uppför sig och agerar. En roll kan alltså dels bestå av förväntningar på vad som ska göras, dels av förväntningar på hur detta arbete ska utföras (Repstad 2016). Den professionella som arbetar med klienter i samsjuklighet förväntas till exempel ha en överordnad och professionell attityd gentemot klienter samtidigt som deras yrkesutövning vid samverkan och kontakt med andra professionella ska vara präglad av gott humör, samarbetsvilja och vänlighet. Personen som mottar hjälpen ska helst vara ödmjuk och underkasta sig den professionella, då den besitter "sjukrollen", alltså en roll vars egenskaper handlar om att vara sjuk. Om rollen däremot är utformad så att motstridande normer och förväntningar riktas mot rollinnehavaren, skapas en rollkonflikt. Rollkonflikten bottenar ofta i att rollen är vänd mot olika grupper, och att dessa grupper har olika förväntningar på rollinnehavaren (ibid.). Ett aktuellt exempel för denna studie är rollen som myndighetsutövare och hjälpare. Professionella som arbetar inom system där de har som uppgift att hjälpa klienter men också måste följa myndighets- eller verksamhetsregler kan känna en konflikt om de måste fatta beslut som inte tvunget gynnar klienten. Rollen som "hjälpare" och "myndighetsutövare" krockar alltså.

Värt att nämna inom rollteorin är även begreppet stämpling, vilket är ett begrepp som betyder mycket inom det sociala arbetet (Repstad 2016). Stämplingsprocessen är vanligt förekommande och kan resultera i att man fastnar i en roll som avvikare. Ett exempel kan vara att slå fast att "denna klient är en hopplös och odräglig person" och utgå från detta i arbetet. Den stämplade klienten tillskrivs negativa karaktärsdrag och omgivningen uttrycker stereotypa föreställningar om hen. De utsatta får då inte möjlighet att framträda som individer med både positiva och negativa särdrag eftersom att människor bara ser brännmärket. Den förändrade självuppfattningen och den förändrade sociala situationen kan leda till att individen fastnar i avvikarrollen (Troost & Levin 2018). Avvikarbegreppet är också en viktig del i rollteorin, eftersom att avvikande beteende brukar förklaras med att vissa personer har avvikande normer i förhållande till majoriteten i samhället. En förklaring till avvikande

beteende är att avvikande individer inte låter sitt beteende styras av andras normer och förväntningar, utan av sina omedelbara impulser och drifter likt personer i exempelvis missbruksproblematik. Man är infäst i en avvikarkarriär, som kanske hade kunnat undvikas om man inte blivit stämplad den där första gången (Repstad 2016).

Denna teoretiska utgångspunkt anses, som tidigare nämnt, vara av relevans för studien eftersom att den kan bidra till en djupare förståelse för studiens empiri. Fokus ligger på de sociala interaktionerna mellan professionella, mellan professionella och klienter samt på hur deras mening och identitet skapas i dessa interaktioner. Även hur de skapar mening kring sitt agerande och beslut i behandlingen av samsjukligheten såväl som hur deras roller och attityder påverkas i samtliga interaktioner som förekommer i det sociala arbetet. Det går dock att argumentera för att denna teoretiska utgångspunkt kan tillföra en risk för att samhällliga påverkansfaktorer försvinner, å andra sidan är studiens syfte att belysa olika individers egna upplevelser vilket rollteorin lägger mycket fokus på.

## 4. Metod

Vid genomförandet av denna studie har vi utfört sex semistrukturerade kvalitativa intervjuer. Vi har intervjuat professionella som arbetar med behandling när det kommer till samsjuklighet med missbruk och psykisk sjukdom, men även professionella som behandlar en av delarna inom denna samsjuklighet. Detta har varit vår huvudsakliga metod för att samla in empiri för arbetet. Att använda oss av kvalitativa intervjuer anser vi har varit fördelaktigt eftersom det ger oss möjlighet att verkligen få fram och kasta ljus på enskilda individers upplevelser och erfarenheter. Intervjuer kräver en del förberedelser, dock är det en effektiv och smidig metod för att få kunskap om samhället och mer specifikt det område vi valt att forma vårt arbete utifrån (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015). Vi valde att använda oss av semistrukturerade intervjuer eftersom det skapar en variation mellan struktur och öppenhet i intervjun. Det tenderar dessutom att ge intervjupersonen utrymme att addera annan information än det som efterfrågats, samt så skapar det ett utrymme för oss att ställa följdfrågor för en djupare inblick i det intervjupersonen berättar om (Bryman 2018).

### 4.1 Urvalsstrategi

Gällande vilka personer vi valt att intervjua har vi aktivt valt professionella i arbete nära problematiken, det vill säga personer som utövar behandling för denna samsjuklighet eller som behandlar en av delarna. Vid ett fåtal av intervjuerna utgick vi efter ett tvåstegsurval, vilket innebär att vi först gjorde ett urval av organisationer som vi fann intressanta och passande för vår studie att intervjua. När vi sedan fått verksamhetens godkännande att få genomföra intervjun, utförde vi ett andra urval där vi valde ut den yrkestitel inom verksamheten vi såg som mest passande för intervjun (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2022).

Ibland får man som student nöja sig med att ledningen för verksamheten hänvisar till vissa utvalda personer, som kan tänka sig att ställa upp på en intervju. Detta blev utfallet för majoriteten av de genomförda intervjuerna. Detta kan anses vara ett mindre bra alternativ då ledningen valt ut vissa personer som de tror kan ge en positiv bild av verksamheten (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2022). Eftersom vi har varit i behov av att få tag på intervjupersoner har vi tagit tillvara på möjligheten och intervjuat de personer vi fått till oss, men har fortfarande haft medvetenhet om dilemmat som kan följa med detta, att en polerad bild av verksamheten framställs. Som kvalitativ forskare tvingas man ägna mycket tid åt att samla information från vilka källor som är tillgängliga samt vilka som kan ge information om detaljer om olika förhållanden (Bryman 2018). Vi lade ner mycket tid på att försöka hitta

intervjupersoner och verksamheter som rör sig inom det område vi vill undersöka, eftersom att vi hade en tidsbegränsning till att hitta intervjupersoner blev det en lättnad varje gång någon ville ställa upp. Vi valde på grund av detta även att vidga vår geografiska avgränsning.

Till vissa intervjuer har vi använt oss av ett snöbollsurval, vilket innebär att man inleder med att intervjua en person som man fått kännedom om och som har erfarenheter eller upplysningar som är intressanta för det relevanta forskningsområdet. I samband med den första intervjun frågade vi intervjupersonen om tips när det kommer till andra verksamheter eller andra personer som de tycker hade varit lämpliga för oss att intervjua. Att använda sig av snöbollsurval fungerar bra när man vill komma i kontakt med svåråtkomliga personer. I vårt fall var intervjupersonerna relativt lättåtkomliga, däremot var det svårt att få svar via mail eller telefon från de vi skickat ut en förfrågan till. Med detta i avseende ansåg vi att denna typ av urval var bra för oss eftersom det är ett nätverk av individer som står i fokus för vår uppmärksamhet (Bryman 2018).

När vi skickade ut mail till de olika verksamheterna riktade vi oss direkt till verksamhetschefen för varje enhet. Vi förmedlade till en början att det var socialarbetare vi var ute efter att intervjua, men efter att vi insåg att majoriteten av verksamheterna inte hade någon socialarbetare anställd valde vi att göra en ändring till benämningen professionella istället. Detta för att det inte är endast socialarbetare som arbetar med denna form av samsjuklighet utan även flera andra yrkesprofessioner.

## 4.2 Tillvägagångssätt

Det primära steget vid genomförandet av denna studie var att formulera en forskningsplan. Forskningsplanen inkluderade ett första utkast på syfte, problemformulering, metod samt några eventuella tänkbara källor att använda sig av vid inledningen. Vi blev tvungna att revidera vår forskningsplan, då vårt dåvarande syfte samt problemformuleringen var för brett. Sedan preciserade vi det till vad som blev vårt slutliga syfte samt problemformulering. Det som gjordes därefter var att söka sig fram på nätet för att hitta passande verksamheter för vårt forskningsområde att intervjua. Vi lyckades genom sökning på internet att hitta 14 olika verksamheter som vi tyckte skulle vara passande för vår studie. Därefter började vi formulera vårt informationsbrev (se bilaga 2), som vi mailade ut till de verksamheter vi intresserade oss för innehållande mer djupgående information om vilka vi är, studiens syfte, vad deras deltagande innebär med mera. Vi skickade sedan ut informationsbrevet på mail med förfrågan om att få intervjua deras verksamhet till vardera enhetschef inom de 14 olika verksamheterna. Med förhoppningar om att få svar från de berörda verksamheterna och tanken om att vi troligtvis snart ska genomföra en intervju, påbörjade vi arbetet med intervjuguiden, (se bilaga 3). En intervjuguide är kortfattat en strukturerad lista över vilka frågeställningar som ska beröras i en semistrukturerad intervju (Bryman 2018).

Tre av sex intervjuer ägde rum på plats hos de olika verksamheterna, medan resterande tre ägde rum på zoom på grund av för långt distans mellan oss och intervjupersonen. Zoom-intervjuerna märktes bli en aning kortare jämfört med de som hölls på plats, däremot upplevdes det fungera bra för båda parter. Vad det innebär är möjligen ett mindre rikt material, även om längre intervjuer automatiskt inte har mer relevant innehåll. Det kan också vara så att intervjuer över dator ger mer koncisa svar gällande intervjupersonens upplevelse av ämnet (Alftberg 2012). Vi är medvetna om att zoom-intervjuer kan komma med tekniska svårigheter såsom exempelvis sämre internetuppkoppling, sämre ljudkvalitet, sämre videokvalitet samt fördröjningar i bild och ljud. Däremot är zoom ett fördelaktigt verktyg när det är långt distans geografiskt mellan de olika parterna. Att kunna se den man pratar med

till skillnad från ett vanligt telefonsamtal gör att man kan svara på ickeverbala signaler som ansiktsuttryck, olika gester, bygga förtroende, underlätta engagemang och på så sätt främja ett naturligt samt avslappnat samtal (Archibald, Ambagtsheer, Casey & Lawless 2019).

Vid genomförandet av intervjuerna hade vi utskrivna papper till hands innehållande vår intervjuguide, det vill säga de förbestämda frågor vi ville ställa under intervjutillfällena. Intervjuerna valdes att spelas in genom ljudinspelning för att undvika eventuellt distraherande vid förandet av anteckningar eftersom att fokuset ska vara på vad som sägs och hur det sägs av intervjupersonen och inte på att skriva ner det (Bryman 2018). Den främsta fördelen med en digital ljudinspelning är att ljudet är rent då ljudkvaliteten blir bättre med åren. Det blir även som följd lättare vid transkriberingen av intervjuerna eftersom misstag som beror på att man hört fel eller inte alls hört vad som sagts blir mindre sannolika (ibid.). Det finns möjliga program att använda vid transkribering av ljudinspelningar, en risk med detta är dock att programmet inte har tillräckligt utvecklad röstigenkänningsförmåga. Det tar tid för ett program att lära känna vilken röst som tillhör vilken person, vilket kan resultera i felaktigheter i transkriberingen. Däremot är det fördelaktigt på så vis att det är tidsbesparande (Bryman 2018). Vi såg det däremot som en fördel att transkribera ljudinspelningarna manuellt eftersom att det gav oss ett försprång i identifieringen av potentiella teman. Det är även värt att tillägga att vissa irrelevanta delar i intervjuerna har utelämnats och inte transkriberats då det inte bidrog till att besvara studiens frågeställningar. Vi uteslöt även återupprepade små kommentarer som sades för att visa ett aktivt lyssnande i intervjun.

Det är av värde att nämna att i förhållande till de sex genomförda intervjuernas omfattning kan det anses som en brist gällande begränsning i antal intervjuer. Det skickades ut 14 förfrågningar till kvalificerade verksamheter, som resulterade i sex svar från respondenter som medverkat i studien. De medverkande antalet intervjupersoner i studien har dock bedömts vara tillräckliga för att besvara syftet samt frågeställningen, och är i sin ordning då kravet från universitetet var ett minimum på sex intervjupersoner. Det är även vår första gång att planera samt utföra intervjuer vilket kan ha medfört brister på grund av nervositet, brist på erfarenhet samt osäkerhet i rollen som intervjuare vid framförandet.

### 4.3 Intervjuguide

I förberedande syfte inför intervjuerna formulerade vi en intervjuguide (se bilaga 3), en lista med förberedande frågor inför intervjuerna vars funktion kan likställas en minneslista för intervjuaren. Vid författandet av intervjuguiden gick vi gemensamt igenom och frågade oss själva vad det egentligen är som vi vill ta reda på under intervjuerna (Bryman 2018). Detta resulterade i ett fåtal översiktliga frågor, som troligtvis också hade resulterat i ytterst generella svar. För att verkligen försöka komma åt djupet fick vi konkretisera frågorna och kom då även fram till att dela upp frågorna utefter uppvärmningsfrågor, huvudfrågor och avslutningsfrågor (ibid.). Genom att dela upp frågorna efter olika kategorier skapades också en viss ordning så att frågorna följde varandra på ett bra sätt, däremot var vi medvetna om att frågorna under intervjuernas gång kunde ändra ordning. Vi eftersträvade att formulera frågorna på ett sätt som skulle underlätta för oss att få svar på studiens frågeställningar. Vi försökte även utforma frågorna på ett begripligt språk som vi ansåg vara passande för intervjupersonerna, samt inte ställa för ledande frågor (Bryman 2018).

Genom att använda oss för det vi kallar för uppvärmningsfrågor, samlade vi in bakgrundsfakta som kan vara viktigt för att kunna placera det i ett sammanhang. Vi fick dessutom genom dessa frågor bekanta oss ytterligare med intervjupersonernas arbetssätt, vilket underlättade vår förståelse för vad de faktiskt berättar (Bryman 2018).

Uppvärmningsfrågor riktades in på mer generella frågor, för att undvika att direkt hoppa in på djupet. Vi vill hävda att vi genom våra uppvärmningsfrågor skapat en tryggare stämning och atmosfär för intervjun att äga rum. I huvudfrågorna låg fokus på öppna frågor med den anledning att vi såg en fördelaktighet i att ge intervjupersonen utrymme att lämna mer djupgående, ovanliga och oförutsedda svar. Detta ansågs vara passande eftersom det är deras upplevelser och svårigheter samt möjligheter vi är ute efter att belysa. Det ger dessutom intervjupersonerna utrymme att svara med sina egna ord. Öppna frågor är även passande vid utforskning av nya områden. Däremot var vi medvetna om de nackdelar som kan komma med att använda sig av öppna frågor. Det är väldigt tidskrävande, eftersom svaren måste kodas och svaren från intervjupersonen tenderar att bli väldigt långa. Slutligen så krävs det också mycket mer av intervjupersonen att svara på öppna frågor (Bryman 2018). Trots detta ansåg vi det vara mest lämpligt att använda oss av öppna frågor och vi anser att fördelarna väger över nackdelarna för studiens resultat. Avslutningsfrågorna använde vi oss av för att på ett respektfullt sätt förmedla till intervjupersonen att det är dags att runda av och avsluta intervjun.

#### 4.4 Analysförfarande

Vid bearbetning av vår insamlade empiri från intervjuerna har vi valt att använda oss av tematisk analys. Tematiseringen av det empiriska materialet påbörjas ofta redan vid utförandet av intervjuerna, men på en mer övergripande nivå, vilket även kallas för preliminäranalys (Ahrne & Svensson 2015). Vid analys av kvalitativt material är det klokt att sortera det, då ett samtal rör sig över olika teman och sociala situationer är mångfacetterade. På detta sätt kan materialet steg för steg iordningställas och preciseras, vilket också kan kallas för kodning (Rennstam & Wästerfors 2015). Tematisk analys är en metod för att identifiera och analysera mönster i sin inhämtade data. Braun och Clarke (2006) nämner sex steg för att göra en tematisk analys; bekanta sig med datan, generera initiala koder, sökande efter teman, granska teman, fastställande och namngivande av teman samt framställning av rapport. Vi har strävat efter att i största möjliga utsträckning följa dessa steg för att skapa en tydlig struktur i arbetet och säkerställa en noggrant genomförd tematisk analys. För att bekanta oss med datan lästes transkriberingen av intervjuerna grundligt igenom vilket ledde till bättre förståelse av innehållet. Även om processen att transkribera verbal data kan vara tidskrävande och frustrerande, är det ett utmärkt sätt att börja bekanta sig med datan (ibid.). Vidare, vid generering av initiala koder, diskuterades likheter, skiljaktigheter och mönster inom datan, samt antecknades delar av datan som ansågs som relevant information i relation till vår studies syfte och frågeställning. Koder är alltså inte lika breda som teman men är en förutsättning för identifiera de kommande teman. Nästa steg är sökande efter teman, vilket innebär att organisera de olika koderna till potentiella teman och samla den relevanta datan under varje potentiella teman. Vid genomförandet av detta pratade vi med varandra och skrev ner möjliga teman utifrån våra antecknade koder. Detta gjordes separat för att sedan diskutera med varandra och komma fram till gemensamma beslut.

Vid granskning av teman blev det tydligt att vissa teman behövde brytas ner till separata teman eller uteslutas. I detta steg behöver man först läsa all samlad data för varje tema och överväga om det faktiskt bildar ett sammanhängande mönster (Braun & Clarke 2006). Efter att vi noggrant läst igenom datan under varje tema, kunde vi se brister som antingen ledde till att vi ifrågasatte temat och tog bort det, omformulerade temat eller flyttade datan till ett annat tema. Det andra man behöver göra är en liknande process, men i relation till datamängden som helhet. Detta är för att se om de enskilda teman återspeglar exakt de betydelser som är uppenbara i den insamlade empirin (ibid.). Vi läste återigen igenom våra teman och kom fram till att vi var nöjda. Det näst sista steget är att fastställa och definiera de teman vi identifierat.



Här är det viktigt att ett tema inte är för heterogent eller komplext (ibid.). Vi diskuterade och övervägde varje tema en gång till för säkerställa att de teman vi valt de facto skulle bidra till en överblick och sammanställning av vårt resultat, samt vara av betydelse för syftet med vår studie. När det var säkerställt fastslog vi gemensamt namn på de olika teman. Vissa temanamn behöll vi från tidigare steg, medan andra behövde omformuleras till en mer aktuell term eller för att skapa extra tydlighet för läsaren. Det sista steget är framställning av rapport, där Braun och Clarke (2006) betonar vikten av att ge tillräckligt mycket bevis för de olika teman vid framställning av datan, i resultat- och analysdelen. Analysen måste även gå bortom endast beskrivning av empirin, och i samband också föra argument. Vi anser att den tematiska analysen har möjliggjort en effektivitet för att analysera resultatet av vår empiri och besvara studiens frågeställning.

#### 4.5 Forskningsetik

Forskning innebär ett särskilt vetenskapligt ansvar för den egna forskningen, där det ingår ett ansvar att följa god forskningssed i enlighet med vissa ramar, utgångspunkter och krav. En allmän utgångspunkt för etiska överväganden när människor involveras i forskning är de så kallade fyra principerna: att göra gott, att inte skada, att respektera självbestämmande och att upprätthålla rättvisa (Vetenskapsrådet 2024). I vår studie har vi genom våra intervjuer involverat människor för att uppfylla syftet med forskningen. Detta innebär att vi arbetat med stor noggrannhet när det kommer till en god forskningssed. Vi har även arbetat för att försöka säkerställa att vår studie utförs med respekt för människovärdet, mänskliga rättigheter och grundläggande friheter (ibid.).

Att göra gott i forskningssammanhang innebär i allmänhet att generera ny kunskap som kan komma till nytta på olika sätt. En del sådan kunskap kan inte uppnås utan att människor involveras och riskerar att utsättas för skada som de då måste skyddas mot. Det viktiga är att nyttan eller värdet väger upp mot riskerna, att riskerna minimeras och hålls på en rimlig nivå, samt att människovärdet och grundläggande rättigheter respekteras (Vetenskapsrådet 2024). För att skydda intervjupersonerna från skada har vi sett till att de fått den information som behövs, för att de själva ska kunna avgöra om detta är en studie som de vill medverka i. Inför varje intervju mailade vi ut ett informationsbrev (se bilaga 2) samt en samtyckesblankett till verksamhetschefen i fråga, innehållande djupgående information om vilka vi är, studiens syfte, vad deras deltagande innebär, att deras deltagande är frivilligt och att de efter medverkan på en intervju kan välja att avbryta. Vi strävade efter en hög nivå av tydlighet för att intervjupersonen skulle kunna begripa den angivna informationen. Detta är en av de etiska principer som ska uppfyllas för god forskningssed, alltså informationskravet, vilket innebär att forskaren ska informera berörda personer om studiens syfte, att deltagande är frivilligt, att berörda kan avbryta när som helst och att de ska veta vilka moment som ingår i studien (Bryman 2018).

Att respektera självbestämmande i forskningssammanhang handlar i grunden om att informera om vad deltagande i forskningen innebär och låta individen själv ta ställning till sitt deltagande och på vilket sätt (Vetenskapsrådet 2024). Detta leder oss in på samtyckeskravet, en etisk princip som ska uppfyllas för att nå god forskningssed. Det innebär att de medverkande i studien, det vill säga intervjupersonerna i har rätt att själva bestämma över deras medverkan (Bryman 2018). Detta betraktas som en central skyddsåtgärd och en förutsättning för att individens rätt till självbestämmande ska respekteras. Samtycke till att delta i forskningen är det mest grundläggande slaget av samtycke och syftar till att säkerställa att de deltagande har informerats ordentligt samt att de fattat ett frivilligt beslut att delta (Vetenskapsrådet 2024). Genom vårt informationsbrev informerade vi intervjupersonerna

som tidigare nämnts att deras deltagande är helt frivilligt och att det kan avbrytas närsohelst. Innan vi påbörjade intervjuerna med intervjupersonerna började vi alltid med att fråga om de läst informationsbrevet, om inte påbörjade vi intervjun efter att de läst informationsbrevet och gett sitt samtycke. Vi var även väldigt tydliga i mail att intervjupersonen skulle höra av sig till oss vid eventuella frågor eller önskemål om intervjun. Vi respekterade även om en person nekade till medverkan utan att be om skäl till varför de valt att avstå. Alla intervjupersoner som deltagit i studien har varit 18 år eller äldre. Om en minderårig ska delta i ett forskningssammanhang, krävs godkännande och samtycke från vårdnadshavare (Bryman 2018). I denna studie har vi inte inkluderat minderåriga personer eller personer som befinner sig i eller lever i utsatta positioner från att medverka, vilket också är ett krav från universitetet.

För att garantera att ingen ska ta reda på vilka intervjupersonerna är, vilken verksamhet de arbetar på eller geografiskt område, har vi valt att intervjupersonerna i denna studie ska ha total anonymitet. Detta är också en av de etiska principerna för att uppnå god forskningssed, nämligen konfidentialitetskravet. Det innebär att alla uppgifter om intervjupersonerna i vår studie ska behandlas med största möjliga konfidentialitet (Bryman 2018). För att säkerställa detta har vi pseudoanonymiserat intervjupersonerna, det vill säga att vi har gett dem ett fingerande namn istället för att skriva ut vad de egentligen heter. Vidare har vi vid genomförandet av transkriberingen ersatt verksamhetens namn och geografiska områden med "xxx". Detta har vi gjort ifall utomstående på något sätt skulle lyckas ta sig in i vårt dokument. All information vi inhämtat från intervjuerna ligger i en specifik mapp som endast vi har tillgång till. Detta utfördes för att uppfylla nyttjandekravet som också är en etisk princip för att uppnå god forskningssed. Nyttjandekravet innebär att de uppgifter som samlas in, det vill säga den empiri vi samlat in om enskilda personer, endast får användas för forskningens ändamål (Bryman 2018). Genom att ha all inhämtad information samlad på en och samma plats, minskas en eventuell risk för spridning av materialet.

Samtliga artiklar utvalda till undersökningen är peer reviewed, vilket innebär att de är granskade av forskare som besitter förmågan att ha det forskningsetiska perspektivet i åtanke vid bedömning av studier. Därmed har vi själva inte gjort någon formell undersökning för att säkerställa att de verkligen uppfyller kraven för en god forskningssed, utan har förutsatt att det redan är tillämpat.

## 5. Resultat och analys

I detta avsnitt kommer både resultat och analys av studien att redovisas. För en tydligare insikt i vilka personer det är som intervjuats samt för att få en större förståelse för upplevelserna som presenteras i detta avsnitt, kommer det inledningsvis en kort presentation av varje intervjuperson följt av en tabell. Majoriteten av intervjupersonerna arbetar inom offentlig sektor, med undantag för två som arbetar inom privat sektor och en som arbetar ideellt.

Intervjuperson 1 arbetar som kurator. Hon är utbildad socionom och har sedan sin examen varit verksam inom behandling av missbruk, fram tills att hon började arbeta på sin nuvarande arbetsplats där hon behandlar båda delarna i samsjukligheten mellan missbruk och psykisk sjukdom. Uppdragsgivaren för den verksamhet hon arbetar inom är regionen.

Intervjuperson 2 arbetar som samordnare och gruppenhetschef. Hon är utbildad socionom och har sedan sin examen arbetat med behandling för missbruk. Verksamheten hon arbetar inom

behandlar alltså endast missbruket men samverkar med andra aktörer vid samsjuklighet mellan missbruk och psykisk sjukdom. Uppdragsgivare för den verksamhet hon arbetar inom är kommunen.

Intervjuperson 3 arbetar som klinisk psykolog. Hon är utbildad psykolog och har sedan sin examen arbetat inom flera olika verksamheter för behandling av psykisk ohälsa inriktat på trauma. Hon är för närvarande verksam i behandling av trauma samt missbruk, samverkar i vissa fall för missbruksbehandling. Verksamheten hon arbetar inom är en ideell förening, som ibland arbetar på uppdrag från regionen.

Intervjuperson 4 arbetar som behandlingspedagog. Hon är utbildad behandlingspedagog och har sedan sin examen varit verksam inom behandling. Hon arbetar för närvarande med behandling av missbruk samt psykisk sjukdom. Uppdragsgivare för den verksamhet hon arbetar inom är kommunen.

Intervjuperson 5 arbetar som behandlingspedagog. Hon är utbildad undersköterska och har sedan sin examen arbetat med behandling av missbruk och psykisk sjukdom. Verksamheten hon arbetar på idag behandlar både missbruk och psykisk sjukdom. Uppdragsgivare för den verksamhet hon arbetar inom är kommunen.

Intervjuperson 6 arbetar som sjuksköterska. Han är utbildad sjuksköterska och har sedan sin examen arbetat med behandling av psykisk sjukdom. Verksamheten han arbetar på idag behandlar psykisk sjukdom samt akuta abstinensbesvär vid missbruk, och samverkar för behandling av missbruk. Uppdragsgivare för den verksamhet han arbetar inom är regionen.

Tabell 2, redovisar en kort översikt om respektive intervjuperson.

	Arbets titel	Yrkesbakgrund	Behandling	Kön	Uppdragsgivare
Intervjuperson 1	Kurator	Socionom	Behandlar både missbruket samt psykisk sjukdom	Kvinna	Regionen
Intervjuperson 2	Samordnare/ gruppenhetschef	Socionom	Behandlar missbruk, samverkar vid samsjuklighet med psykisk sjukdom	Kvinna	Kommunen
Intervjuperson 3	Klinisk psykolog	Psykolog	Behandlar trauma samt missbruk. Samverkar i vissa fall för behandling för missbruk	Kvinna	Ideell
Intervjuperson 4	Behandlingspedagog	Behandlingspedagog	Behandlar missbruk samt psykisk sjukdom	Kvinna	Kommunen
Intervjuperson 5	Behandlingspedagog	Undersköterska	Behandlar missbruk samt psykisk sjukdom	Kvinna	Kommunen
Intervjuperson 6	Sjuksköterska	Sjuksköterska och	Behandlar psykisk sjukdom	Man	Regionen

		undersköterska	samt akut abstinensbesvär vid missbruk. Samverkar för behandling av missbruk		
--	--	----------------	--	--	--

Vår resultat- och analysdel redovisas i olika teman som identifierats i vår samlade empiri utifrån den tematiska analysen, för att knyta an till studiens frågeställning. Varje tema kommer att flätas ihop med tidigare forskning och den teoretiska utgångspunkten. De huvudteman som identifierades är följande fem: arbetssätt, samverkan, huvudmannaskap, resurser och stigma. Tabell 3 presenterar en övergripande bild av de olika teman vi har identifierat från respektive intervjuperson. Tabellen har framställts i syfte att ge en överskådlig visuell bild för hur temana är relaterade till respektive intervjuperson, vilket kan underlätta vid förståelsen för att se mönster och/eller variation hos intervjupersonerna.

Tabell 3, redovisar identifierade teman från respektive intervjuperson.

Intervjuperson	Identifierade teman
Intervjuperson 1	-Arbetssätt -Samverkan -Huvudmannaskap -Resurser -Stigma
Intervjuperson 2	-Arbetssätt -Samverkan -Huvudmannaskap -Resurser -Stigma
Intervjuperson 3	-Arbetssätt -Samverkan -Huvudmannaskap -Resurser -Stigma
Intervjuperson 4	-Arbetssätt -Samverkan -Huvudmannaskap -Resurser -Stigma
Intervjuperson 5	-Arbetssätt -Resurser -Samverkan -Stigma
Intervjuperson 6	-Arbetssätt -Samverkan -Huvudmannaskap -Resurser -Stigma

## 5.1 Arbetssätt

Temat belyser de professionellas upplevelser inom respektives arbetssätt. Trots det faktum att det rör sig om olika verksamheter som de professionella arbetar inom, skildras det likartade upplevelser som ofta knyter an till varandra. Majoriteten av intervjupersonerna uttryckte att de upplevde att deras arbetssätt fungerade bra. En av intervjupersonerna uttryckte följande:

Alltså, jag har ju möjligheten att freestyla. Som jag kan förankra hos min samordnare och säga 'duuu, jag och en klient vi sticker iväg och rider', 'ja men inga problem, det funkar den dagen, vi gör det den dagen!' (Intervjuperson 4, *behandlingspedagog*)

Intervjuperson 4 beskriver att de blir uppmanade till att nyttja sin flexibilitet, och hitta på aktiviteter med sina klienter. I aktiviteterna kan de även nyttja många av de arbetsmodeller som de utgår ifrån, som exempelvis MI, det goda samtalet och walk and talk. Detta arbetssätt öppnar upp ytterligare möjligheter för den professionella att djupdyka i relationen med sin klient. Det framkom även från en intervjuperson att flexibiliteten i arbetssättet går att använda för att vidga den målgrupp verksamheten är i fokus för:

(...) där jag är just nu, de är ganska flexibla i sitt sätt att tänka så att tror att om jag skulle få en sådan patient skulle jag kunna kommunicera med verksamhetschefen kring förutsättningarna för att fortsätta och erbjuda den här personen en behandling. (Intervjuperson 3, *klinisk psykolog*)

Arbetet med samsjukligheten mellan missbruk och psykisk sjukdom medför ett arbetssätt som kan upplevas som enormt krävande och komplext. Många verksamheter idag är specialiserade inom ett område och har därför också oftast en viss specifik målgrupp som de är inriktade på, där man helt enkelt inte anser sig ha expertisen för att vidga och öppna upp för en annan målgrupp med multipla diagnoser. "Men vi här har ett väldigt bra arbetssätt på det sättet att vi har en väldigt stor flexibilitet (...) Sen är det ju såklart svårt på många sätt också." (Intervjuperson 1, *kurator*)

Det intervjuperson 1 syftar till är att arbetssättet är flexibelt på så sätt att det finns utrymme och möjlighet för att använda sig av sitt handlingsutrymme. Där har man med sitt handlingsutrymme möjlighet att skapa en individualitet för patienten i sin behandling. Möjligheten för en långsiktig kontakt och en förlängd behandling kan tillgodoses om behovet finns, men detta även kan ha sina svårigheter som sympatin man känner för sina patienter. Att tycka sitt arbetssätt fungerar bra men ändå känna viss begränsning uttrycktes av en intervjuperson:

Alltså jag tycker det fungerar bra, för vi utgår väldigt mycket ifrån det friska och försöker bygga på och stärka det. Och det här att vi tittar ju inte så jättemycket bakåt, utan det är väldigt mycket här och nu mer och framåt. För skulle vi börja gräva bakåt så räcker inte fyra månader. (Intervjuperson 2, *samordnare/gruppenhetschef*)

Tidsbristen vid behandling är inte den enda utmaningen som professionella står inför i deras arbetssätt, utan det är även stressen över att vara ledig och lämna över arbetet till annan kollega. En intervjuperson berättar:

Sen har det ju också för- och nackdelar, för jag kan känna stress när jag är ledig i 3, 4 dagar att “fan, blir nu detta gjort? Är det någon som gör detta?”. Det kan vara nackdelen kan jag tycka med det.  
(Intervjuperson 5, *behandlingspedagog*)

Det är inte alltid enkelt att planera in SIP-möten eller uppföljningsmöten när man som ansvarig för en klient är i tjänst. Det kan komma saker i vägen som sjukfrånvaro, helgdagar, semesterdagar eller att annan aktör helt enkelt inte har möjlighet till möte de dagarna man är på arbete. En intervjuperson uttrycker att det bidrar till en stress då man inte kan försäkra sig om att annan personal kommer att täcka upp. Att känna stress över att vara ledig för att man är orolig över hur det kommer gå för sina klienter med inplanerade SIP-möten eller uppföljningsmöten, är inte den enda stressrelaterade faktor som lyfts vid frågan om hur de tycker att deras arbetssätt fungerar. En annan intervjuperson berättar:

Svårigheterna är ju, det jag ser är oftast våldskapitalet (.....) och för min del som arbetsledare så ska jag försöka leda arbetet i det och se till så att patienten inte blir skadad eller så att jag och mina kollegor inte blir skadade. (Intervjuperson 6, *sjuksköterska*)

Att säkra en trygg arbetsmiljö för sig själv, sina kollegor och sina patienter kräver ett samarbete mellan vårdgivarna som tyvärr inte alltid fungerar bra i alla situationer. Detsamma gäller när det kommer till fritagningsförsök av patienter. Det lägger en stor press på alla de anställda. Det beskrevs även att det kan vara en utmaning i sig att få med alla på banan, vilket blir ytterligare en faktor som bidrar till en enorm press på de anställda i sitt arbetssätt.

En intervjuperson berättar om ytterligare en svårighet i arbetssättet på sin verksamhet, då det framkommer att behandlingsformen återfallsprevention inte upplevs tillräckligt utvecklad:

(...) det är väl isåfall i återfallspreventionen där det är väldigt (..) sen är det helt beroende på vilken ÅP-utbildning du har gått. Vi har via företaget som har en egen utbildningsportal, den är rätt basic. Det kan jag sakna. Det kan vara jättesvårt att få igång dem, de förstår inte riktigt, alltså man går igenom punkt 1-5 och sen var det liksom färdigt. (Intervjuperson 5, *behandlingspedagog*)

En annan intervjuperson beskriver att vid mötet med en ny klient med denna typ av samsjuklighet, kan det vara svårt att veta vart man ska börja och hur man ska navigera genom problematiken: “Mm, det är lite ägget och hönan. Vi pratar ju ofta, har du fått en psykos av missbruket, har du missbrukat för att du har psykosjukdom?” (Intervjuperson 4, *behandlingspedagog*)

En gemensam svårighet i arbetet för majoriteten av intervjupersonerna är även samarbetet med klienterna. Det är sällan enkelt i utförandet av behandlingen med personer som har denna typ av samsjuklighet. Även om behandlingsplanen kan vara tydlig kan den stöta på problem längs vägen av den orsak att klienten till exempel inte är mottaglig för samtal på grund av förnekelse av sitt problem, brist på motivation eller annan avfärdande attityd för behandlingen.

En intervjuperson lyfter just förnekelsen:

Ja, och ibland är de inte mottagliga alltså så. Det finns ju dom som inte anser att de har några problem. Då blir ju det ett stort problem. Så då ska man ju först få dom till att se det för annars kommer man ju ingenstans. Så det skulle jag säga är en svårighet. (Intervjuperson 5, *behandlingspedagog*)

En intervjuperson pratar om att klienternas symptom av samsjukligheten kan vara en utmaning i samtalet, exempelvis att klienter som är mer aktiva i sitt missbruk kan ha svårt att vara i rummet i mer än några minuter. Detta gör det svårt att bibehålla den önskade kontakten med klienten. Intervjupersonen beskriver problemet: "(...) eh eller så är de för upptagna av sina symptom att det kan va svårt att liksom ha göra någon slags samtalsbehandling." (Intervjuperson 1, *kurator*)

I samma linje lyfter även en intervjuperson liknande utmaning med behandlingen av klienter med trauma och missbruk, ett undvikande av problemet:

(...) jag upplever att man måste lägga ner ganska mycket tid på att förtydliga liksom varför undvikande är ett problem men också varför man behöver närma sig då det här i behandlingen och varför det kan bli problematiskt. (Intervjuperson 3, *klinisk psykolog*)

Det är alltså viktigt att ha i åtanke att klienter många gånger inte samarbetar för att de inte vill, utan för att deras problematik hindrar dem. Två intervjupersoner betonar vikten av att vara förstående i detta och arbeta utifrån det. En intervjuperson hävdar:

Alltså, det ingår ju lite i måendet, i och med att vi har samsjukligheten här, så kan du inte bara säga att nä men du kommer inte till dina behandlingar för du vill inte bli behandlad. Och så har dom ångest ända upp till öronen. Vi måste se människan, inte bara utifrån.. (Intervjuperson 4, *behandlingspedagog*)

En annan intervjuperson instämmer och påpekar att uppföljningen av klientens mående är viktigt men också svårt: "Att man verkligen följer upp det. Och det är också tidskrävande. Ofta är det ju att man inte hinner, och då blir det att man tänker att nämen det viktigaste är gjort, så nu kan vi släppa det lite." (Intervjuperson 5, *behandlingspedagog*)

Ytterligare en svårighet som identifierades från intervjuerna var balansen mellan att vara personlig, privat och professionell i sitt arbetssätt. "Ja, och det jobbar vi mycket med på APTn. Personlig, privat och professionell. Personlig kan jag bli, det är inga problem. Men bli inte privat. Det är så bara, man kan råka illa ut." (Intervjuperson 4, *Behandlingspedagog*)

Däremot hävdar även samma intervjuperson följande: "Det här är ingen industri, du går in här och investerar jättemycket känslor, sen får man hålla lite distans men håller du för mycket distans så kan du inte börja behandla. Det är det som är skillnaden." (Intervjuperson 4, *behandlingspedagog*)

Något som är vanligt förekommande är att den professionella konstant måste arbeta med sig själv, eftersom det är ett människovårdande yrke och arbetar med relationer där det krävs att man är relationell. Man har en professionell roll men är inte avstängd från sina egna känslor och värderingar. "Man vet ju att många har gjort saker här som inte, som jag har svårt att

acceptera. Men det får man ändå göra. För då har de gjort det i ett missbruk. Oftast ju.”  
(Intervjuperson 2, *samordnare/gruppenhetschef*)

Det intervjupersonerna skildrar är att man har en professionell roll, men man är inte avstängd från sina egna känslor. Det kan försvåra långsiktiga relationer med klienter, då det blir svårt att särskilja på vad som är sitt privata och på vad som är ens professionella. Det blir en svårighet eftersom man utgår från ett arbetssätt som är relationsbyggande, där relationen kan ta skada av att man har ett professionellt ansvar, vilket skapar en svår balansgång hos de professionella. “Jag tycker att det är sjukt svårt. Vi har haft rätt mycket problem med detta, vart gränsen går liksom. Här går gränsen för mig men för dig går den någon helt annanstans.”  
(Intervjuperson 5, *behandlingspedagog*)

Av samtliga intervjupersoner i studien var det en intervjuperson som nämnde ett tankesätt som skilde sig helt från dem andra, hon betonade vikten av att använda sig av just denna balansgång i sitt arbetssätt och se det som en möjlighet istället för en svårighet:

(.....) det finns vårdkontexter där man tänker att man ska hålla distans liksom till sin klient och patient så att man ska bygga tillräckligt mycket allians för att kunna behandla men man ska liksom inte gå in i några djupare koppling och sådär. (.....) för mig är det väldigt svårt att förstå, hur man tänker att man ska kunna gå djupare i en behandling utan att liksom engagera sig rent känslomässigt. (Intervjuperson 3, *klinisk psykolog*)

Att be en patient att öppna upp sig något av det absolut svåraste hos dem själva måste kräva en villighet att som professionell också vara mottaglig och komma i kontakt med denna svårighet. Det går inte att endast engagera sig själv i den professionella rollen, eftersom ens egna person alltid finns kvar. Att inte gå in på allt för djupgående detaljer kring sitt privatliv kan tyckas vara en rimlig gräns att sätta. Om en klient frågar om ens egen historia är det fullt befogat att utesluta de mest djupgående detaljerna, däremot är det en fullt resonabel fråga som också behöver bemötas på något vis.

### 5.1.1 Diskussion av tema Arbetssätt

Samtliga intervjupersoner i studien tycker att deras arbetssätt fungerar bra, men att det med fördelarna även förekommer nackdelar. Det beskrivs en stor flexibilitet i arbetssättet hos hälften av intervjupersonerna, vilket också var den huvudsakliga anledningen till varför de tyckte att det fungerade bra. Resterande av intervjupersonerna tyckte att det fungerade bra till viss del men att det förekommer svårigheter som gör att det inte endast är bra. De huvudsakliga svårigheterna som identifierades i intervjupersonernas arbetssätt är balansen mellan att vara personlig, professionell och privat, men även samarbetet med klienterna. Det framställs i Howard & Holmshaw (2010) att intervjudeltagarna i studien uttryckte en svårighet i att engagera klienterna i terapeutisk behandling. Det går även att identifiera hos intervjupersonerna i denna studien, där klientens förnekelse av sina problem och symptomen som kommer från samsjukligheten gjorde att det blev problematiskt att engagera klienterna/patienterna i samtal. Ytterligare identifierades det i Pinderups (2018) studie en svårighet bland intervjudeltagarna angående tidsbrist som beskrivs som en utmaning, vilket spelar en stor del i utförandet av behandling av båda delarna i samsjukligheten samt vid bedömning av problem. Något annat som intervjupersonerna i denna studie talar om, till skillnad från studierna i tidigare forskning, är svårigheten i balansgången mellan att vara personlig, professionell och privat i sitt arbetssätt. Det skildras splittrad syn på denna balans,



där majoriteten beskrev det som en svårighet och ett fåtal mer som en nödvändighet. Det beskrevs en svårighet i balansgången av hur mycket distans man ska hålla och hur mycket av sig själv man ska investera.

För att förstå denna svårighet aningen bättre, kan begreppet rollkonflikt appliceras på problematiken (Repstad 2016). Vårdgivaren har förväntan på sig att vara och agera professionellt, men förväntas samtidigt att arbeta relationellt med klienterna. Det är två olika roller som vårdgivaren tvingas agera i med två helt olika innebörder, där det då skapas en rollkonflikt i hur vårdgivaren förväntas att vara och agera i sitt arbete. Dessa roller kan antas bidra till svårigheten av hur mycket av sitt personliga och sitt privata den professionella ska investera i sitt arbete, där denne även har förväntningen på sig att vara och agera professionellt. Denna teoretiska utgångspunkt går även att tillämpa på intervjupersonernas samarbete med klienter. De professionella har en specifik roll i själva behandlingsprocessen som innebär bland annat att de ska vara objektiva, stödjande och hjälpsökande (Trost & Levin 2018). Parallellt med detta ska klienten med denna komplexa form av samsjuklighet anpassa sig till sin roll som klient och alla dess tillhörande egenskaper. Har klienten svårigheter med att identifiera sig med sin roll som hjälpsökande eller som sjuk kan detta även skapa svårigheter i samarbetet med klienten. Det skapas en rollkonflikt hos klienten som varken kan leva upp till sin roll som sjuk eller exempelvis sin roll som droglangare, vilket i sin tur gör att de exempelvis inte följer behandlingen eller agerar på särskilt sätt. Detta kan vidare resultera i att den professionella upplever att dennes roll är hotad och inte utgör tillräckligt med kunskap för att hantera dessa komplexa problem, vilket i sin tur kan utmynna i känslor som frustration eller en viss osäkerhet angående hur de ska förhålla sig till klientens unika behov (Repstad 2016). En del intervjupersoner i studien framhäver även svårigheten att engagera klienterna i behandlingen, vilket även Howard & Holmshaw (2010) belyser i sin studie. Pressen att få patienten till att medverka och engagera sig i behandling kan leda till känslor av otillräcklighet hos den professionella. Denna känsla kan resultera i att den professionella slutligen stämplar sig själv som otillräcklig, därför att hen inte lever upp till det som utgör ramen för ens yrkesideal, det vill säga förmågan att behandla klienten (Repstad 2016).

## 5.2 Samverkan

Temat belyser de professionellas upplevelser av samverkan med andra aktörer, vilket innebär att flera olika parter arbetar tillsammans med en gemensam målsättning. Genom den sammanställda empirin från våra intervjupersoner framkom det av majoriteten att samverkan ofta ses som en svårighet i arbetet de utför. De betonar vikten av att samverka när det gäller arbetet med personer i samsjuklighet, men uppger att det brister många gånger. Det framkommer att även om uppdelningen och ansvaret är en fin tanke så håller det sällan i praktiken, och en intervjuperson upplever att klienten oftast skickas mellan olika aktörer för att ingen riktigt vill ta ansvaret för behandlingen. Det blev uppenbart att detta skapade brister i form av förvirring för den professionella i bland annat SiP-möten. En intervjuperson förklarar sina upplevelser av SiP-möten där viktiga samverkanspersoner inte var närvarande:

Det låter ju väldigt bra, att vi ska samla alla som är inblandade kring den här patienten men sen är det ju inte så det blir. För de SiP möten jag satt med på när jag arbetade inom psykiatrin så var det ju oftast så att psykiatrikerna eller läkarna inte var med på mötet för att de inte hade tid och de är ju ganska viktiga liksom. (Intervjuperson 3, *klinisk psykolog*)

En annan intervjuperson lyfter vikten av att samarbeta för samma mål: “(...) men det blir ofta en konflikt i vad målet är och vad målsättningen är, och där skulle man behöva mer en gemensam målbild för en ganska komplicerad målgrupp.” (Intervjuperson 1, *Kurator*)

Utöver upplevelserna att ingen riktigt vill ta ansvaret, nämnde några intervjupersoner att det inte fanns mycket struktur i samverkan och möten, samt att dessa möten ibland inte gav så mycket av värde. Utifrån upplevelserna av en del intervjupersoner visas en gemensam syn på brist på kommunikation i mötet med just handläggare från socialtjänsten. En intervjuperson beskriver det såhär:

Sen har vi ju då det bestämmande organet som inte alltid är utifrån klientens bästa. Jag ska inte säga att alla är skit, nej nej, men visst är det så. Jag känner ibland att vi har möte endast för att bestämma ett nytt möte. Det händer inte mycket med de här mötena, de är ganska kontraproduktiva ibland. (Intervjuperson 4, *behandlingspedagog*)

En annan intervjuperson beskrev det som att personen från socialtjänsten har kunskap om vad som händer kring klienten men inte om den aktuella behandlingen:

(...) sen den som sitter i mötet är liksom någon som är typ så administratör kanske en socionom så det är ju någon som har kunskap om patienten och vad som händer kring patienten men inte direkt behandlingsansvaret. (Intervjuperson 3, *klinisk psykolog*)

Däremot lyfte en del intervjupersoner också möjligheter och bra erfarenhet av samverkan. Även om det beskrevs som att det var olika beroende på vilken klient och situation, nämndes också att det många gånger kan fungera bra. En intervjuperson uppger att samverkan funkar bättre med vissa aktörer, som bland annat LARO och psykosmottagningar. Detta för att de backar upp klienten på ett bra sätt och ofta har mer kännedom om klienten än handläggarna på socialtjänsten har. Det huvudsakliga är att kommunikationen inte är krånglig, att uppföljningsmöten äger rum och bildar tydlighet, eftersom att det endast är då klientens bästa verkligen sätts i fokus. En annan intervjuperson menar att det är avgörande att involverade vårdgivare har ett gemensamt förhållningssätt, även om verksamheterna ibland inte delar samma perspektiv på saker. Samverkan beskrivs som kärnan i att behandling av personer i samsjuklighet ska fungera, och en intervjuperson förklarar sin syn på saken: “(...) det bästa är om vi kombinerar liksom.” (Intervjuperson 2, *Samordnare/Grupp enhetschef*)

Samverkan kräver mycket tid, kontakt och planering av samtliga professionella inblandade, speciellt i behandling av samsjuklighet på grund av komplexiteten som tillkommer. En intervjuperson uttrycker en relativt ansträngande men positiv erfarenhet:

Jag tycker att den fungerar ganska så bra. Det är ju väldigt många telefonsamtal, igår så tror jag att jag pratade med socialen typ 15 gånger och behandlingshem typ tio gånger så att, det funkar bra men det är mycket planering och fixa. Men det brukar fungera bra. (Intervjuperson 6, *sjuksköterska*)

En annan intervjuperson delar liknande mening: “(...) men för det mesta tycker jag att det funkar ganska bra faktiskt.” (Intervjuperson 5, *behandlingspedagog*)

### 5.2.1 Diskussion av tema Samverkan

Det framkommer att många av intervjudeltagarna har sämre erfarenhet av samverkan och att det upplevdes som en fin tanke men att det ofta brister i praktiken för att ingen riktigt vill ta ansvaret för behandlingen. Detta problem styrks också i Howard & Holmshaws (2010) studie, där intervjudeltagarna vittnar om en felaktig bild av samverkan eftersom att tanken är att det ska skapa lösningar och gynnsamma diskussioner för att kunna bedriva behandlingen på bästa möjliga sätt för klienten, men att det snarare blir tvärtom. Vidare beskriver Howard & Holmshaw (2010) att viss personal tenderar att dra sig undan från samverkansmöten på grund av en upplevd osäkerhet kring besvarandet av frågor till andra professionella inom samverkan för särskilda klienter. Utifrån resultatet av denna studie blir liknande upplevelser synliga, där en intervjuperson förklarar att läkare eller psykiatriker ibland inte närvarade på de inbokade SiP-mötena för att de inte hade tid. Även om det är omöjligt att veta den egentliga orsaken till frånvaron, väcks frågan om det verkligen handlar om tidsbrist eller om de drar sig undan på grund av osäkerhet och en rädsla för att inte bli lyssnade till. Det beskrevs alltså en gemensam frustration mot samverkan av flertal intervjupersoner, som kan antas grunda sig i en ofullständig förståelse för varandras tankesätt. För att även koppla detta till Lintons teori om roller, kan frustrationen möjligen grunda sig i en förvirring eftersom att dessa personers beteende inte ligger inom den ram som anses rimlig för dess roll (Trost & Levin 2018). Den professionella i detta sammanhang har trots allt en roll innehållande normer och förväntningar på hur man ska bete sig i denna position, en förväntning av att utstråla vänlighet, samarbetsvilja och gott humör vid samverkan med andra professionella.

Utifrån resultatet kan det även konstateras att en del intervjupersoner hade en negativ inställning specifikt mot socialtjänsten, precis som att det finns en stämpling på socialtjänsten inom kretsen personer som arbetar med socialt arbete, att personer från socialtjänsten kan ses som obehjälpliga och besitta en slags obryddhet om klienten även om klienten faktiskt är deras ansvar. Personer som arbetar på socialtjänsten tillskrivs negativa karaktärsdrag på grund av platsen de arbetar på, vilket gör att dessa intervjupersoners uttalanden om samverkan med socialtjänsten inte är positiva (Repstad 2016).

Som tidigare nämnt är en gemensam upplevelse av intervjupersonerna att ingen riktigt vill ta ansvaret för behandlingen av klienterna. Det kan återigen dras en parallell till stämplingsbegreppet, då det finns en syn på personer innehavande denna samsjuklighet vilket är att det är en extremt komplex målgrupp med stor problematik. I Mericle, Alvarez & Havassys (2007) studie uttrycker intervjudeltagarna ett hinder i hur vårdsystemet är uppbyggt och organiserat när det kommer till att behandla svårt psykiskt sjuka klienter med missbruksproblematik. Utifrån resultaten i denna studie framkommer det att en gemensam målbild är det optimala, men att det är svårt att uppnå på grund av olika synpunkter om hur behandlingen ska gå till. Det går att tyda en eventuell hopplöshet från de professionella i denna fråga. Det är inte endast enskilda individer som tycker att detta är en svårbehandlad problematik utan även samhället som har stämplat individer med denna problematik som komplex, vilket kan förklara de professionellas upplevelser men också resulterar i svårigheter i både samverkan och behandlingen (Repstad 2016).

### 5.3 Huvudmannaskap

Temat handlar om de professionellas erfarenheter av de eventuella utmaningar och motstånd som uppstår till följd av den nuvarande uppdelningen av huvudmannaskap, samt de svårigheter eller möjligheter som denna uppdelning medför. En av intervjupersonerna belyser problematiken kring uppdelningen av ansvaret och betonar att det medför en risk att patientgruppen blir lidande. Arbetet med målgruppen blir svårare då det finns specialiserade

uppdelningar, både mellan de bestämmande huvudmännen men också inom dem själva: “Utan det ligger ju mycket i det kommunala och det regionala uppdelningen som finns idag. Där ligger ju också ett problem att det ligger på olika och att kommunen själv är uppdelad (.....).” (Intervjuperson 1, *kurator*)

Tillhörande det delade huvudmannskapet finns det olika lagstiftningar att följa. Inom kommunen finns det en tydlig lagstiftning som syftar till individens egenansvar medan det från hälso- och sjukvården (regionen) har ett annat uppdrag vilket till följd också resulterar i en helt annan form av lagstiftning. Det som egentligen behövs är en gemensam bild för denna målgrupp, då det idag på grund av att bilderna ser olika ut görs olika bedömningar om en och samma klient från både den kommunala och regionala sidan. Detta resulterar i att det inte blir en samlad bedömning som i sin tur leder till att klienten riskerar att fara illa.

I linje med det intervjuperson 1 refererar till gällande att kommunerna själva är uppdelade, går det även att dra en parallell till regionen. En annan intervjuperson säger:

Den saken som jag tänker på som är sjukvårdens största problem med denna typen av patienter det är att journalsystemen inte är connectade. Så man kan inte se om patienter har haft en tidigare psykos i en annan region. (Intervjuperson 6, *sjuksköterska*)

Intervjuperson 6 berättar att patienter som tidigare varit inlagda för psykisk sjukdom och missbruk i andra regioner i närheten, har de oftast inte någon kännedom om. Detta har stor betydelse vid planering för behandling. Detsamma gäller även när det kommer till att patienter som har behandlande insatser från andra verksamheter som styrs av annan huvudman, till exempel behandlingshem. Att kunna dela den typen av information med varandra hade varit av stor underlättning. “(.....) Och jag kan se fram emot det som ska komma nu ju. Att landstinget ska gå in och ta över mer” (.....) Det hade nog varit lättare om vi hade tillhört landsting (regionen) för våra gäster (klienter).” (Intervjuperson 2, *samordnare/gruppenhetschef*)

Det hade blivit bättre för klienterna på så sätt att de hade fått lättare tillgång till bland annat sjukvård och mediciner, då alla vårdcentraler inte har tillgång till allt som klienterna/patienterna är i behov av. “(.....) så att det är liksom det att politikerna har oftast väldigt lite kunskap eller förståelse för hur det ser ut i verkligheten (...).” (Intervjuperson 3, *klinisk psykolog*)

Politiker är ofta de som styr över de organisatoriska ramarna som professionella måste förhålla sig till, eftersom att de inte är direkt involverade i den praktiska vård- eller behandlingsverksamheten, skapas en frustration hos de professionella över politiska beslut. Detta för att besluten inte alltid är anpassade efter de verkliga behoven i arbetet med personer som lider av denna komplexa form av samsjuklighet. Intervjuperson 3 exemplifierade detta ytterligare genom att berätta om hur de politiska besluten påverkat en av huvudmännen, regionen, till en begränsad vårdtillgänglighet kopplat till sexuell hälsa. Specialistmottagningar idag har extremt långa vårdköer och många av mottagningarna som politikerna räknar med att kunna ta emot och bemöta denna problematik besitter inte den typen av expertis. Liknande frustration uttryckte även en annan intervjuperson: “Vi har socionomer som jobbar här också och kan göra kartläggningar, men ändå så är det politiker som styr det. Där är frustration.” (Intervjuperson 4, *behandlingspedagog*)

Frustrationen riktar sig mot kommunen som är huvudman för verksamheten i fråga. Intervjuperson 4 uttrycker alltså känslan av att inte bli hörd och upplever att de vänder handen till. Hon menar på att de träffar klienterna alla timmar om dygnet och har goda referenser de kan hänföra vid beslut om bedömning.

### 5.3.1 Diskussion av tema Huvudmannaskap

Från samtliga intervjuer identifierades det delade huvudmannaskapet som en problematisk och frustrerande faktor vid behandling av personer med denna komplexa form av samsjuklighet. Detta går också att hitta i tidigare forskning, där de deltagande beskriver en liknande frustration förankrat till frågan om huvudmannaskap (Mericle, Alvidrez & Havassy 2007). En intervjuperson i denna studie beskriver känslan av att inte bli hörd och att andra yrkesprofessioner vänder handen till. Denna känsla visas även i Howard och Holmshaws (2010) studie där det framförs ett bristande förtroende för andra yrkesverksamma. Något som framgår från intervjuerna som inte lika tydligt diskuteras i tidigare forskning, är just frustrationen över att det finns ett delat huvudmannaskap. Det finns en önskan hos en av intervjupersonerna och en längtan om att en av huvudmännen ska gå in och ta över när det kommer till behandling av samsjuklighet mellan missbruk och psykisk sjukdom.

För att försöka förstå känslan som intervjupersonerna beskriver i intervjuerna kan begreppet roller tillämpas. I ett delat huvudmannaskap är ansvaret för klientens eller patientens vård och behandling fördelat mellan olika aktörer, vilket innebär ett samarbete som kan bli problematiskt med tanke på att olika aktörer har olika målbilder och behandlingsmetoder. Det kan resultera i att professionella känner sig fast i makt- och ansvarsdynamiken, där uppfattningen om sin egen roll kan upplevas som otillräckligt erkänd eller inte respekterad (Arvidson & Johansson 2017). För en professionell som arbetar med denna samsjuklighet och som även arbetar inom ett delat huvudmannaskap kan det bli svårt att navigera bland de delade förväntningarna och rollerna. Exempelvis uttryckte en av intervjupersonerna en frustration över att inte bli hörd och att de inte tar fasta vid hennes expertis utan istället vänder handen till. Det kan uppstå en rollkonflikt hos den professionella när aktörer har olika prioriteringar eller förväntningar på ens arbete, för att det finns parter som inte kommer att kunna tillfredsställas. I intervjuperson 4 fall upplevde hon att en annan aktör som var hennes huvudman hade en annan syn på vad som är viktigast för klienten, vilket kan skapa en förvirring om innebörden av rollen och ansvaret. Genom att se till rollkonflikter i samband med de professionellas upplevelse av ett delat huvudmannaskap och försöka förstå hur dessa konflikter kan formas genom interaktioner mellan de professionella, går det tydligare att förstå hur otydligheter i ansvar och förväntningar kan skapa förvirring, stress och frustration i relation till rollen i fråga (Repstad 2016).

### 5.4 Resurser

Temat belyser de professionellas upplevelser av resurser i arbetet, vilket kan definieras som de tillgångar, förmågor eller verktyg som är nödvändiga för att uppnå ett specifikt mål vilket i detta fall är behandling. Samtliga av intervjupersonerna lyfte bristen på resurser som en svårighet i arbetet. Det finns en gemensam önskan om fler resurser för att kunna utföra och utveckla arbetet till sin fulla potential. Det nämns både resurser i form av insatser och pengar, vilket det upplevs en stor saknad av. Många nämner att det ges alldeles för lite pengar till missbruksvården och att samsjuklighetsproblematiken överlag inte blir prioriterad. Det bildas en hopplöshet för att både regionen och kommunen är så styrta av pengar. En intervjuperson sätter ord på denna hopplöshet:

Men det är väldigt pengastyrkt. Alltså jag tror att de hade velat, och det är också beroende på vilken kommun det är, vissa är liksom, nä men du har 3 månaders placering och det är det du har, liksom hur i helvete ska en person som har varit missbrukare i, inte vet jag, hela sitt liv, hur ska de kunna lära sig strategier, kunna bli drogfri, alltså det finns inte ens en möjlighet. Ibland förstår jag inte varför man ens placerar en människa när man ändå inte ska göra det fullt ut. (Intervjuperson 5, *behandlingspedagog*)

Det blev också märkbart med en frustration angående just resursbristen hos de flesta intervjupersoner som hade mycket att åsikter om denna fråga, en intervjuperson uttrycker sig såhär om systemet: “(...) att det finns avsaknad resurser det tycker jag verkligen är väldigt tydligt för mig.” (Intervjuperson 1, *kurator*)

Samma person uttrycker dock att i hennes egna verksamhet är hon inte lika stressad angående resursfrågan: “(...) vi skulle kunna ha mer resurser alltid såklart men att vi har ett, en bra utgångspunkt i hur vi har lagt upp vårt arbete.” (Intervjuperson 1, *kurator*)

Det har gjorts många nedskärningar som har resulterat i att bland annat läkare på vissa verksamheter inte längre finns. Detta har skapat en otillgänglighet som en av intervjupersonerna pratar om:

Det vi märker här det är att förr hade vi ju konsultläkare, det drog dem in. Just för att det skulle gå över till sjukvården, där vi fick en läkare nere på vårdcentralen och det fungerade i ett halvår för att sedan fick de brist på läkare så sen drogs det in. Så att vi har alltså ingen läkare kopplade till oss så att det är rätt speciellt. (Intervjuperson 2, *samordnare/gruppenhetschef*)

En annan intervjuperson uttrycker sitt missnöje angående bristen på pengar inom vården:

Och politiken i sig, ja alltså det är alldeles för lite pengar i vården. Det finns inte en chans inom vår sektor att man skulle gå ut och bli bjuden på ett julbord som väldigt många andra sektorer får. Om du skulle få ett tack från regionen så är det att sätta dit en låda skumtomtar innan jul liksom. Varsågod, dela på det. (Intervjuperson 6, *sjuksköterska*)

En gemensam nämnare hos samtliga intervjupersoner är att det finns önskningar om förändring. Den redan nämnda frustrationen som professionella inom socialt arbete ofta besitter handlar om att önska att det var så eller så, eftersom det skulle underlätta för både dem själva men också klienterna. En intervjuperson uttrycker att: “Om man fick önska fritt så skulle man ju kunna verkligen skriva en lång lista till jultomten (...)” (Intervjuperson 1, *kurator*)

Två intervjupersoner uttrycker önskan om längre behandlingstid, eftersom att de anser att det inte går att behandla någon med både missbruksproblematik och psykisk sjukdom om de inte får tillräckligt med tid att göra det, på grund av att de är så pass sjuka. En intervjuperson berättar att hon är nöjd i sin verksamhet men lyfter problemet högre upp:

(...) alla vet vad man ska göra här. Alla har sin uppgift, men däremot skulle jag kunna eskalera det ännu högre upp till socialtjänsten, sätt inte någon här på 2 månader. Det är ju så utkastat, och just nu håller jag på att kriga för att min klient att han ska vara kvar (...)  
(Intervjuperson 4, *behandlingspedagog*)

Eftersom behandlingsarbetet med personer i samsjuklighet kräver mycket samverkan då insatserna är uppdelade, kan det upplevas svårt när de olika aktörerna inte har tillgång till all dokumentering de olika aktörerna har fört om klienten i frågan. En intervjuperson påpekar svårigheten i detta och önskar förändring:

(...) detsamma när det kommer till socialen, de kan ju inte se våra grejer och detsamma med behandlingshemmen. Man borde ha något system så att vi kan dela information med varandra. För det är oftast väldigt mycket klödd med det. (Intervjuperson 6, *sjuusköterska*)

För en välfungerande behandling inom denna samsjuklighet krävs det personal med rätt kompetens för arbetet. Detta lyfts hos några intervjupersoner som menar att för att behandlingen över huvud taget ska fungera är det viktigt med kompetensutveckling och att personer inom detta arbete har expertisen som behövs, endast då kommer vi framåt. En intervjuperson beskriver behovet: "För att man hänvisar kanske ofta till kortsiktiga boendelösningar där det saknas då kompetens och personal framförallt. Personal som då kan stötta den här gruppen (...)" (Intervjuperson 1, *kurator*)

Det är bland annat brist på kompetens som gör att klienter blir lidande. En intervjuperson som arbetar med personer med trauma och missbruksproblematik, menar att det finns mycket evidensbaserad behandling för detta som egentligen borde erbjudas, men man känner att man bara har expertisen för det ena eller det andra. Det berättas också att kompetensen kring trauma i den svenska kontexten generellt är väldigt låg, vilket resulterar i att man feldiagnostiserar och felbehandlar klienter väldigt länge. Intervjupersonen beskriver en typ av handlingsförlamande känsla: "Man ser problematiken, man ser den hela tiden och man tycker det är ett problem men man tycker inte att man har kompetensen eller möjligheterna att behandla." (Intervjuperson 3, *klinisk psykolog*)

#### 5.4.1 Diskussion av tema Resurser

En önskan om fler resurser framkom av samtliga intervjupersoner i studien. Det beskrevs som en nödvändighet för att de olika behandlingarna ska kunna nå sin fulla potential. Även om många intervjupersoner kände sig nöjda i sin egen verksamhet, belyste det problemet på högre nivå. Flera önskar längre behandlingstid på grund av komplexiteten av problematiken, vilket även nämns av intervjudeltagarna i Mericle, Alvidrez & Havassys (2007) studie, som säger att det behövs fler resurser och längre behandlingstider för att kunna bedriva en bra behandling.

Intervjupersonerna uttryckte även en avsaknad av kompetens och expertis och förklarade att för att behandlingen ska fungera så måste rätt kompetens finnas. En slags handlingsförlamad känsla kastades ljus på eftersom en medvetenhet om problematiken finns men att det inte går att erbjuda viss hjälp på grund av kompetensbrist inom det området. Liknande problematik belyses även i De Crespigny et. al (2015) studie där intervjudeltagarna påpekar att deras tjänster ofta var begränsade av tidsbrist och pengar för att kunna ge tillräcklig utbildning. Intervjupersonerna i denna studie betonar vikten av kompetensutbildning och att

behandlingen endast rör sig framåt om personer inom arbetet har relevant expertis. Benson, Cameron & Allan (2023) betonar samma vikt, och menar att professionella måste utbildas i både psykisk ohälsa och missbruksbehandling vid arbete med denna typ av komplexa samsjuklighet.

När resurserna brister och arbetet blir lidande, blir även den professionellas roll utmanad. Den professionella inom detta arbete har en förväntan på sig av både samhället och den enskilda klienten, och förväntas kunna utföra vissa saker och bidra med hjälpen som behövs (Repstad 2016). Det kan förmodas finnas en press på att vara en slags "hjälte". Den upplevda bristen på resurser gör att den professionellas roll inte kan nå upp till dessa förväntningar, då hon blir begränsad i sitt handlingsutrymme och tid. Aktuellt blir då att göra en koppling till begreppet rollkonflikt, vilket inträffar när rollen (som i detta fall) är vänd mot olika grupper (ibid.). Intervjupersonernas önskan om fler resurser kan genom rollteori förklaras som att de har en inre konflikt med sig själva och en känsla av otillräcklighet som alltså grundar sig i att de känner en oönskad splittring i sin roll som professionell. Den professionellas översta chefer tillkännager möjligtvis inte de bristande resurserna och hur det påverkar den professionella sitt arbete, samtidigt som klienterna ifrågasätter den professionella och vädjar om mer hjälp och tid. På så sätt skapas det en rollkonflikt i form av den hjälpande rollen gentemot klienten och sin myndighetsroll, vilket resulterar i den desperata önskan av fler resurser (Repstad 2016).

Känslan av maktlöshet att inte kunna förbättra sina klienters liv vilket framkommer i tidigare forskning (Mericle, Alvidrez & Havassy 2007), går att relatera till vad intervjupersonerna i denna uppger. En av intervjupersonerna berättar hur hon är tvungen att kämpa för att en av hennes klienter ska få stanna kvar i behandling. Att kämpa för sina klienters rätta behandling utan att uppnå några faktiska resultat kan eventuellt bidra till en känsla av otillräcklighet hos den professionella och skapar en risk för att den professionella tillslut stämplar sig själv som otillräcklig. Om individen därmed inte får tillgång till de resurser som behövs för att ändra denna känsla kan det leda till förstärkning av denna stämpling. Bristen på resurser kan även som ytterligare konsekvens leda till att den professionella anpassar sig till en avvikarroll. Brist på stöd eller resurser för att utföra sina arbetsuppgifter enligt de förväntningar som finns, kan resultera i att den professionella anpassar sina arbetsätt för att hålla sig inom ramen för resursernas tillgänglighet. En del av intervjupersonerna uttrycker att det behövs mer resurser i form av längre behandlingstider och att det medför svårigheter att kunna genomföra en behandling på den korta tid klienterna blivit tilldelade. De uttrycker att det inte går att genomföra sitt arbete på det sätt de egentligen hade önskat. Detta går även att relatera till tidigare forskning där deltagare berättade att de saknar stöd, och att deras tjänster är begränsade av tidsbrist och pengar. Detta medför att den professionella då börjar agera och verka i en avvikarroll eftersom den inte har möjligheter att arbeta efter de förutsättningar i yrkesidealet (Repstad 2016). Resultatet blir att den professionella anpassar sig till de resurser som är tillgängliga inom verksamheten istället för att följa sina yrkesideal.

## 5.5 Stigmatisering

Temat belyser de professionellas upplevelse av hur stigmatiseringen visar sig mot individer i samsjuklighet mellan missbruk och psykisk sjukdom. Majoriteten av intervjupersonerna har en delad bild av att det finns ett stigma hos målgruppen, däremot ser de olika på vad det är som orsakat stigmat och vilken av delarna i samsjukligheten som det rör sig om mest. En intervjuperson beskriver:



Ja, alltså det finns ju ett stort stigma skulle jag vilja säga. Både utifrån båda kategorierna beroende och allvarlig psykisk sjukdom eller kronisk sjukdom. Det finns både ett stigma i samhället men också ett stigma hos dem själva. (Intervjuperson 1, *kurator*)

Intervjuperson 1 lyfter också att personer med samsjuklighet mellan missbruk och psykisk sjukdom allmänt får ett sämre bemötande, dels när det kommer till bemötande inom vården men också utanför. Det rör sig om en stor okunskap i allmänhet när det kommer till den här målgruppen, vilket även går att märka hos individerna själva. Det finns en felaktig uppfattning om att målgruppen är aggressiv, trots att man kanske bara har varit det en gång. Det blir en stor faktor i deras behandling som gör att de kanske inte alltid vill medverka i alla moment. En annan intervjuperson lyfte i intervjun att: "Den är ju rätt stor. Och det är väl det som gör att vi har svårt att få ut dem. För dem tycker för det första att alla tittar på dem, behandlar dem olika, så att och speciellt mot kvinnor." (Intervjuperson 2, *samordnare/gruppenhetschef*)

Det intervjuperson 2 beskriver är att anledningen till att klienterna inte alltid medverkar vid vissa särskilda moment är för att de upplever att alla utomstående står och stirrar på dem och för att de blir behandlade annorlunda. Det framkommer ytterligare i intervjun att intervjuperson 2 tycker se ett större stigma hos de kvinnliga klienterna på boendet. Kvinnor i aktivt missbruk som har barn blir mycket mer dömda till skillnad från en man som är i samma situation. En man kan exempelvis säga att de har valt bort kontakten med sina barn för att de ska slippa se missbruket, vilket inte en mamma kan säga utan att bli stämplad som en dålig förälder. Mycket av diskussionen om stigmat med intervjuperson 2 riktar sig mot själva missbruket, vilket intervjuperson 3 också menade: "Ja, det finns mycket, jag skulle säga att den mesta stigman är kopplad till missbruket. Det finns fortfarande så enormt mycket stigma kring att man missbrukar eller har missbrukat." (Intervjuperson 3, *klinisk psykolog*)

Detta beskriver även en annan intervjuperson: "Jag tror att samhället ser väldigt negativt på missbrukarna och de som har någon psykisk sjukdom tror jag ändå samhället har lite mer medkänsla för." (Intervjuperson 6, *sjuksköterska*)

Intervjuperson 6 delar också uppfattningen om att stigmat i huvudsak är relaterat till missbruket. Det finns en större acceptans i samhället idag gällande psykisk ohälsa och psykiska sjukdomar men att det inte gör det på samma vis när det kommer till missbruk. Det finns en okunskap kring missbruk, och eftersom människor i regel är rädda för det de inte har kunskap om så bygger det vidare på stigmat. Att det finns en större acceptans i samhället kring psykisk ohälsa indikerar även intervjuperson 3. Däremot hävdar intervjuperson 3 att även om mycket av stigmatiseringen kring denna målgrupp grundar sig på missbruk så bidrar även psykiatriska diagnoser som exempelvis borderline där individer inte är emotionellt stabila också till stigmatiseringen. Intervjuperson 6 lyfte också i intervjun att stigmatiseringen oftast inte påverkas av personalen: "Vi ser det ju ungefär som att du kommer in till ortopedien med ett brutet ben, så de har oftast inga fördomar eller att du kommer till lungavdelningen för att du har KOL." (Intervjuperson 6, *sjuksköterska*)

Denna syn på stigmatiseringen delades inte av alla intervjupersoner:

Jag tänker inte så mycket på det längre, jag tyckte själv att det var jobbigt. (.....) I början var jag själv lite dömande, det kan jag vara ärlig

med att säga. (.....) Men jag tycker det är mindre och mindre ändå.  
(Intervjuperson 4, *behandlingspedagog*)

Intervjuperson 4 lyfter att hon till en början kunde tycka att det var jobbigt att vara ute i det offentliga med klientgruppen, det var jobbigt för henne när de dreglade på grund av medicinering för att då kände även hon alla stirrande blickar. Det är däremot någonting som hon känner att hon vant sig vid och därför inte reflekterar lika mycket över det, vilket en av de andra intervjupersonerna också kunde relatera till: "Jag tror inte jag känner av det så mycket, men de beskriver ju mycket." (Intervjuperson 5, *behandlingspedagog*)

Intervjuperson 5 känner av målgruppens stigmatisering vid besök hos andra aktörer där hon menar att bemötandet inte alltid är speciellt bra, men att det rör sig om både bemötande vid självskadebeteende, missbruket och att det inte är inriktat på en specifik del av problematiken. Intervjupersonen berättar även att hon själv hade fördomar mot målgruppen när hon var nyanställd men att med tiden gång har hon fått mer kunskap om målgruppen, vilket också lättat på hennes fördomar. Vidare uttrycker hon att stigma är inget hon själv märker av, men att om man hade frågat klientgruppen själva så hade svaren nog sett helt annorlunda ut.

### 5.5.1 Diskussion av tema Stigmatisering

Majoriteten av intervjupersonerna var eniga om att det finns ett stigma relaterat till personer som har samsjuklighet mellan missbruk och psykisk sjukdom. Detta bekräftas även i De Crespigny et. al (2015) studie, där de deltagande upplever ett stigma relaterat till sina klienter. Till skillnad från det som presenteras i tidigare forskning, finns det i denna studiens resultat en diskussion om det är missbruket som ligger till grund för stigmatiseringen eller om det är den psykiska sjukdomen. Det presenteras även i denna studiens resultat ett fåtal deltagare som inte tänker på eller lägger märke till stigmatiseringen längre. Det diskuteras även hur dömande attityder från professionella som arbetar med behandling för denna målgrupp bidrar till stigmatiseringen. Det går här att dra en parallell från det som diskuteras i tidigare forskning till resultatet från denna studie, då vissa av intervjupersonerna själva berättar om sina tidigare fördomar i arbetet med denna målgrupp.

De professionella som arbetar med stigmatiserade grupper kan uppleva att de dras mellan att agera professionellt samtidigt som ens privata roll innefattar fördomar och en känsla av skam mot den klientgrupp som de arbetar med. Detta leder till att en rollkonflikt skapas i den mån att den professionella måste bortse från sina egna fördomar och dras därmed mellan att bemöta klienten efter sina egna tankar och den professionella rollens bemötande (Repstad 2016). Å andra sidan kan det i detta fall ses som något bra, för att även om den professionella ger vika för sitt autentiska "jag", förtjänar målgruppen att bli bemött utan agerande utifrån fördomar. För att vidare applicera begreppet stämpling på samma situation, kan de professionella med sina tidigare fördomar då tänkas omedvetet förstärka detta stigma. Ser man till intervjupersonerna i denna studie har ett fåtal beskrivit att de själva varit en bidragande faktor till detta. Stämplingen de professionella bland annat bidrar till gör det svårare för individen att bryta sig loss från avvikarrollen och kan dessutom resultera i att klienten internaliserar stämplingen, och anammar synen på sig själv som hjälplös eller misslyckad. Detta resulterar i ökad press hos klienten som förväntas agera endast sjuk eller beroende och måste underkasta sig "sjukrollen". De professionella kan alltså förstärka denna sjukroll genom att se sina klienter som deras sjukdom snarare än som faktiska människor (Trost & Levin 2018).

## 6. Diskussion

Syftet med studien var att undersöka vilka svårigheter alternativt möjligheter professionella upplever i arbetet med personer i samsjuklighet mellan missbruk och psykisk sjukdom. Detta är ett område särskilt relevant inom socialt arbete, eftersom att det är en utmaning och komplex problematik som socialarbetare möter i arbetet. Utifrån intervjupersonernas yttrande i empirin presenterad ovan, går det att fastställa att de olika upplevelserna är individuellt präglade och en stor variation av erfarenheter är tydlig. Däremot finns det likheter i majoriteten av intervjupersonernas upplevelser som är återkommande och har blivit presenterade under teman som identifierats utifrån empirin. De identifierade temana ger oss en insikt i vilka svårigheter och möjligheter som blir synliga ur dessa upplevelser. De huvudsakliga temana intervjupersonernas upplevelser omfattar är arbetssätt, samverkan, huvudmannaskap, resurser samt målgruppens stigmatisering. I detta avsnitt kommer studiens resultat att diskuteras. Därefter sker en kritisk reflektion av studien som följs av en uppmaning samt förslag till framtida forskning.

Det kan konstateras att majoriteten av intervjupersonernas upplevelser inom arbetet med personer i denna typ av samsjuklighet beskrivs som en svårighet. Studien visar att de professionellas erfarenheter av arbetssättet genomsyras av en upplevelse av tidsbrist vid behandling, besvär vid ansvarsöverlämnande, balansgången mellan att vara privat, personlig och professionell samt utmaning i samarbetet med klienterna. Studiens resultat visar även att en del av intervjupersonerna inte var rädda för att vara ihärdiga och bestämda i behandlingen med klienter. I kontrast till detta visar tidigare forskning att det finns en rädsla att kränka klienter och äventyra relationen vid samtal om till exempel missbruksproblematiken eller vice versa (Mericle, Alvidrez & Havassy 2007). Det kan antas finnas en känslighet hos personer i denna typ av samsjuklighet vilket gör att vissa professionella tippar på tå medan andra inser att vissa gränser måste överträdas för att komma vidare. Gällande samverkan är den övergripliga gemensamma upplevelsen att det ofta brister i praktiken till följd av att det är tidskrävande och att ansvaret kastas runt som en leksak ingen vill behålla. Med tanke på att intervjupersonernas verksamheter utgår från skilda uppdrag och kunskapsområden, kan det anses viktigt med en samsyn kring både ansvar och vilken del i problematiken som ska fokuseras på vid insats. Denna utgångspunkt blir central för främjandet av en god samverkan i arbetet med personer i denna typ av samsjuklighet. Detta går återigen i linje med tidigare forskning, som precis som intervjupersonerna i studien starkt påtalar vikten av en enad front (De Crespigny et. al 2015). Resultatet tyder alltså på att samverkan anses som en viktig faktor eftersom att det är en förutsättning för att den parallella behandlingen ska fungera effektivt. Detta kan antas vara för att det finns en ambition för integrerad behandling, men eftersom att behandlingen fortfarande är uppdelad i olika insatser inom flera verksamheter blir den kontinuerliga kontakten av stort värde.

Den rådande uppdelningen av huvudmannaskap beskrivs som problematisk eftersom att det upplevs försvåra behandling på grund av bland annat aktörers ovilja att ta ansvar. Å andra sidan visas en glimt av positivitet i en intervjupersons längtan till att regionen ska bli ensam huvudman. I motion 2019/20:2766 och motion 2019/20:88, lyfts problematiken med ett delat huvudmannaskap i den aspekt att problematiken grundar sig i att personer med denna komplexa form av samsjuklighet slussas mellan olika aktörer och hamnar i en situation där ingen tar ett helhetsansvar. Denna problematik identifierades även av intervjupersonerna i samtliga upplevelser då de hävdar att den aktuella uppdelningen över ansvar kring klienten sällan håller i praktiken. Samtliga intervjupersoner upplever att klienten oftast skickas mellan olika aktörer för att ingen vill ta ansvaret över behandlingen. Det är drygt fem år sedan motionerna publicerades men än idag går det att identifiera samma problematik. Det går

ytterligare att bekräfta denna problematik i tidigare forskning som Howard & Holmshaws (2010) studie, en artikel som publicerades för 14 år sedan. En relevant fråga att ställa blir varför detta är ett problem som fortfarande handskas med när det är ett dilemma som har lyfts under många år. Den aktuella diskussionen är alltså inget som kommit på tals under senare år utan har existerat länge utan att konkreta åtgärder har tagits som ett försök till lösning av problemet. Studiens resultat ger en bild av att behandling inom denna problematik är en fortsatt svårighet, vilket styrker resonemanget som förs i studiens problemformulering.

Vidare åskådliggörs en frustration gentemot politikerna för att de anses ha för stort inflytande och för lite kunskap. En rimlig fundering är om politikerna möjligtvis ligger till grund för i princip alla av de uttalade svårigheterna hos de professionella intervjupersonerna. Politikernas beslut lägger grunden till förutsättningarna i intervjupersonernas arbete, och har påverkan inom många av de identifierade temana. Det finns svårigheter som är utom politikernas kontroll, men det kan vara i sin ordning att konstatera att många av intervjupersonernas upplevda svårigheter alltså kan härledas till bestämmelser på högre nivå. Slutligen framkommer det att majoriteten av intervjupersonerna anser att det finns en stor stigmatisering kring målgruppen i fråga, men förklaringen till stigmatiseringen skiljer sig åt. De flesta av intervjupersonerna anser att missbruksproblematiken är till grund för stigmatiseringen medan några anser att det är blandningen av båda delar (missbruk och psykisk sjukdom) som stigmatiseringen baseras på. En del återberättar klienters upplevelser av att ha blivit negativt bemötta i till exempel vården eller annat sammanhang på grund av sin problematik. Ett fåtal av intervjupersonerna uppmärksammar inte alls stigmatiseringen som finns, men erkänner sedan att de själva har varit en bidragande faktor till fördomarna som existerar. Med avseende till detta går det att resonera om varför intervjupersonerna ser på stigmatiseringen på så olika vis. Oförmågan att se stigmat går eventuellt att tolka som att det bland annat kan bero på den individualisering som de professionella blivit inpräglade i. Att vissa endast ser dessa personers problematik som individuellt och därför har svårt att se det på en strukturell nivå.

Följaktligen är det av värde att reflektera över hur intervjupersonerna i vår studie återkommande väljer att lyfta svårigheterna i en mycket större omfattning än möjligheterna. Trots att intervjupersonerna vid intervjutillfällena blev tillfrågade om både svårigheter och möjligheter så genomsyras en övervägande del av den insamlade empirin av upplevda svårigheter. Kanske beror detta på att respondenterna är så fokuserade på de hinder de handskas med på daglig basis, att de eventuella möjligheterna hamnar i skymundan. De möjligheter som identifierades utifrån studiens empiri är att när samverkan fungerar, skapar det stundtals glädje för de professionella och beskrivs som en nyckel till behandlingens framsteg. Ytterligare en möjlighet somliga påtalar är flexibiliteten i sitt arbetssätt, vilket leder till en möjlighet att djupdyka i relationen med klienten. Denna flexibilitet öppnar också upp till möjligheten att använda sig av sitt handlingsutrymme och genom det skapa en individualitet för klienten i sin behandling, som i sin tur möjliggör en mer långsiktig kontakt vilket har uppfattats vara av stort värde för samtliga intervjupersoner i studien.

Det kan argumenteras för att studien kan innehålla både styrkor och svagheter. Syftet och frågeställningarna i studien är brett och inkluderar de professionellas upplevelser inom flera områden. Studien kan tänkas ha lett till mer djupgående kunskap om undersökningen var mer avgränsad inom området vi valt. Det går även att argumentera för att resultatet inte kan framställas som ett faktum med tanke på det begränsade antalet intervjupersoner och verksamheter som användes samt den geografiska avgränsningen som togs till. Slutsatser från denna studie ger ingen förvisning om hur verkligheten ser ut för resterande delar av landet

eller i internationell kontext. Vidare påpekas att trots en konstant strävan efter objektivitet så är människan i sin natur subjektiv, vilket gör att ens tidigare erfarenheter kommer att påverka hur nya ting beaktas. Detta gör det viktigt att förstå den egna positionen, då den är avgörande för ens förståelse som också eventuellt influerar studiens förutsättningar. Sökprocessen vid genomförandet av tidigare forskning gjordes individuellt för att sedan gemensamt diskutera och bedöma relevansen av artiklarna. Liknande process utfördes vid framtagandet av teman från vardera intervjutillfälle. Genom att göra på detta vis minimerade vi risken för en eventuell påverkan på varandra. Något vi anser har stärkt studien är det faktum att texten framställts av två skribenter. Detta eftersom det bidragit till ett mer nyanserat arbete genom möjligheten av att kombinera olika perspektiv.

Avslutningsvis skildras det i studien alltså upplevelser och olika svårigheter samt möjligheter av professionella som arbetar med behandling av personer i samsjuklighet mellan missbruk och psykisk sjukdom. Genom att kasta ljus på de professionellas upplevelser är förhoppningen att det kan utgöra ytterligare möjliggörande för deras perspektiv att tas i beaktning vid framtida diskussioner. Vi vill därför uppmana ett uppmärksammande av professionellas upplevelser vid beslutsfattande på högre nivåer. Förslag på åtgärder för att de professionella i fråga ska få bättre förutsättningar, kan vara att försöka förbättra samverkan och tvärprofessionellt arbete, bättre resursfördelning samt att människobehandlande verksamheter ska utgöra mer stöd i form av till exempel kompetensutveckling. Ett förslag till framtida forskning är att inte endast belysa de professionellas perspektiv och erfarenheter, utan även personer inom målgruppen. Det kan vara lätt att befinna sig utanför en problematik och ge förslag på förbättringspotential. Det är därför viktigt att kasta ljus på de personer som faktiskt genomgår behandling, eftersom att det är deras liv och levnadsförhållanden det handlar om. Genom att även belysa deras erfarenheter vinnas ytterligare kunskap, en kunskap som öppnar upp för nya diskussioner. Om man dessutom kombinerar målgruppens upplevelser av behandling tillsammans med de professionellas upplevelser skapas en helt annan synvinkel till skillnad från att endast utgå ifrån ett perspektiv.

## Referenslista

- Ahrne, G & Svensson, P (2015) *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber.
- Arvidson, M & Johansson, S (2017). *Roll och identitet: en socialpsykologisk introduktion*. (Första upplagan). Malmö: Gleerups.
- Alftberg, Å (2012). *Vad är det att åldras?: en etnologisk studie av åldrande, kropp och materialitet*. Diss. Lund: Lunds universitet, 2012. Lund.
- Archibald, M.M. Ambagtsheer, R. C. Casey, M. G. & Lawless, M. (2019). "Using Zoom Videoconferencing for Qualitative Data Collection: Perceptions and Experiences of Researchers and Participants" i *International Journal of Qualitative Methods*, vol 18.
- Benson, C. Cameron, J. J & Allan, J. (2023) "Social work, mental health and substance use: a scoping review" i *Advances in Dual Diagnosis*, 16(2), s. 71-85.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) *Using thematic analysis in psychology*.  
[https://www.researchgate.net/publication/235356393\\_Using\\_thematic\\_analysis\\_in\\_psychology](https://www.researchgate.net/publication/235356393_Using_thematic_analysis_in_psychology)
- Bryman, A. (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.
- De Crespigny, C. Grønkjær, M. Liu, D. Moss, J. Cairney, I. Procter, N. Posselt, M. Jebaraj, H.S.F. Schultz, T. Banders, A. King, R. Lee, D. & Galletly, C. (2015). "Service provider barriers to treatment and care for people with mental health and alcohol and other drug comorbidity in a metropolitan region of South Australia" i *Advances in Dual Diagnosis*, 8(3), s. 120-128.
- Eriksson-Zetterquist, U. & Ahrne, G. (2015) Intervjuer. I: G. Ahrne & P. Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder* (s. 34-54). Stockholm: Liber.
- Guest, C & Chrisp, T. A. C. (2015) "Delivery of a mainstreaming treatment model towards co-existing difficulties: a brief exploration of practitioners' understanding, views and reported experiences" i *Advances in Dual Diagnosis*, 8(2), s. 102-115.
- H. Brown, A. Grella, C. E & Cooper, L. (2002) "Living it or learning it: attitudes and beliefs about experience and expertise in treatment for the dually diagnosed". i *Contemporary Drug Problems: An Interdisciplinary Quarterly*. 2002;29(4), s. 687-710.
- Howard, V & Holmshaw, J. (2010) "Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use". i *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Volume 17, Issue 10, s. 862-872.

Johnson B, Richert T & Svensson, B (2023) *Alkohol- och narkotikaproblem*. Studentlitteratur

Johansson T & Lalander P (2018). *Vardagslivets socialpsykologi*. (Upplaga 3). Stockholm: Liber.

Mericle, A. A. Alvidrez, J. E & Havassy, B. E. (2007) "Mental Health Provider Perspectives On Co-occurring Substance Use Among Severely Mentally Ill Clients. i *Journal of Psychoactive Drugs*. 39:2, s. 173-181.

Motion 2019/20:2766. *Ansvar för missbruks- och beroendevården och samsjuklighet*.

Motion 2019/20:88. *En huvudman för personer med samsjuklighet, beroendesjukdom och psykisk ohälsa*.

Pinderup, P. (2018) "Challenges in working with patients with dual diagnosis". i *Advances in Dual Diagnosis*, 11(2), s. 60-75.

Rystedt, Sundh, Alfredsson Olsson (2021) *Integrerad behandling av missbruk och psykisk sjukdom*. Pilotimplementering inom LVM-vården. Statens institutionsstyrelse (SiS)  
[https://www.stat-inst.se/contentassets/fff2a282e262473f824e0db938902872/sis\\_rapport\\_1\\_2021.pdf](https://www.stat-inst.se/contentassets/fff2a282e262473f824e0db938902872/sis_rapport_1_2021.pdf)

Rennstam, J. & Wästerfors, D. (2015). *Från stoff till studie: om analysarbete i kvalitativ forskning*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur

Repstad, P (2016). *Sociologiska perspektiv i vård, omsorg och socialt arbete*. (3e uppdaterade uppl.) Lund: Studentlitteratur.

SBU (2024). *Behandling och sociala stödinsatser vid samsjuklighet mellan beroende och andra psykiatriska tillstånd*. Stockholm: Statens bredning för medicinsk och sociala utvärderingar.

<https://www.sbu.se/sv/pagaende-projekt/effekter-av-behandling-och-sociala-stodinsatser-vid-samsjuklighet/>

Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*.  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>

Socialstyrelsen (2022). *Vad menas med psykisk hälsa och ohälsa?*  
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/psykisk-ohalsa/vad-menas-med-psykisk-halsa-och-ohalsa/>

SOU 2021:93. *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.*

Delbetänkande av Samsjuklighetsutredningen.

Topor, A. Von Greiff, N & Skogens, L. (2019) “Micro-affirmations and Recovery for Persons with Mental Health and Alcohol and Drug Problems: User and Professional Experience-Based Practice and Knowledge” i *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2021; 19(2), s. 374-385.

Trost J. & Levin I (2019). *Att förstå vardagen med utgångspunkt i symbolisk interaktionism*. Johanneshov: MTM.

Vetenskapsrådet (2024). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

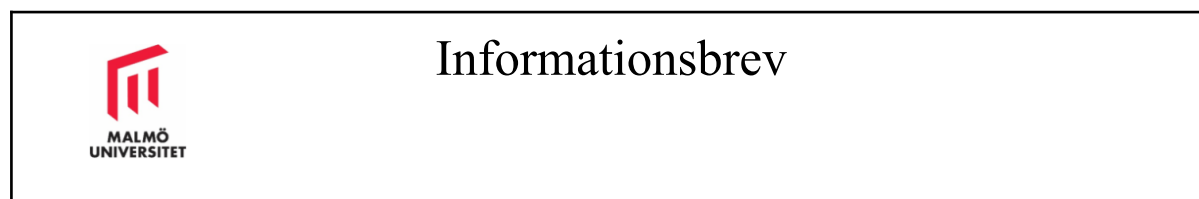
Wirbing, P. & Borg, S (2012). *Integrerad behandling vid dubbeldiagnoser* (red.). Johanneshov: TPB.



## Bilaga 1- Arbetsfördelning

I denna studie har vi båda deltagit aktivt genom hela arbetets gång samt närvarat vid varje handledningstillfälle. Det förekom ingen hierarki, vi deltog i samtliga moment och gavs lika stor chans att göra sin röst hörd vid diskussioner. Vi har genom arbetets gång författat alla avsnitt gemensamt. Det som delats upp är utförandet av intervjuer, där vi valde att dela upp intervjuerna i tre intervjuer per skribent. Efter att intervjuerna var genomförda hade vi ansvar för transkribering av den intervju vi blivit tilldelade. Vid transkriberingarna satt vi individuellt och spånade på potentiella teman. Därefter diskuterade vi de identifierade teman och beslöt oss för att läsa igenom alla transkriberingar en gång till för att se om det fanns teman som potentiellt hade missats. Slutligen bearbetades all text i studien av oss båda för att säkerställa att allt såg bra ut och att information av relevans inte förbisetts.

## Bilaga 2 - Informationsbrev



Projektets titel: Examensarbete - samsjuklighet	Datum: 22/11-24
<b>Studieansvariga (studenter):</b> Josefine Fyhring-Ljungberg Linnea Jansson	<b>Studerar vid Malmö universitet, Institutionen för socialt arbete, 205 06 Malmö, tfn 040- 6657000</b>
<b>Handledare:</b> Johan Nordgren Lektor, fil. dr. i socialt arbete Malmö universitet Institutionen för socialt arbete	<b>Utbildning:</b> Socionomprogrammet
<b>E-post:</b> <a href="mailto:Josefine.fyhring@gmail.com">Josefine.fyhring@gmail.com</a> <a href="mailto:Linnea.lilly99@gmail.com">Linnea.lilly99@gmail.com</a>	

Vi är två studenter som ska skriva examensarbete och har valt att rikta in oss på samsjukligheten mellan missbruk och psykisk sjukdom. Detta är något vi själv finner väldigt intressant och vill därför fråga dig om du vill delta i vårt forskningsprojekt. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta. Syftet med denna studie är att undersöka och belysa professionellas upplevelser av behandling vid samsjuklighet mellan missbruk och psykisk sjukdom inom olika instanser, för att få en överblick och förståelse av eventuella hinder och möjligheter professionella genomgår vid utförande av behandling.

Vi vill intervjua dig eftersom att du för närvarande arbetar inom en insats/organisation som arbetar med den problematik som vi vill undersöka. Vi fick reda på insatsen/organisationen du arbetar på genom att söka oss fram på internet.

Forskningshuvudman för projektet är Johan Nordgren (handledare). Vi som är ansvariga och driver projektet är Josefine Fyhring-Ljungberg och Linnea Jansson.

Ditt deltagande i denna studie innebär att vi kan få direkt empiriskt material för att belysa eventuella hinder och/eller möjligheter i det arbete du utför. Det som krävs från dig är att du informerar oss om ditt arbete, det vill säga vilka potentiella hinder och/eller möjligheter

som du upplever i ditt arbete.

Det är helt och hållet frivilligt att delta, du kan när som helst välja att avbryta din medverkan. Även efter det att intervjun genomfördes. Du kommer att vara anonym i vår studie. Ditt namn kommer att ersättas genom ett alias, det vill säga ett förfalskat namn, exempelvis intervjuperson 1 etc. Namnet på den arbetsplats du arbetar på och vilket geografiskt område det ligger inom kommer inte att redovisas i vår studie. Vi vill garantera dig anonymitet och göra det så svårt som möjligt att spåra vem du är.

När studien är klar ska du vara medveten om att den kommer att publiceras på DIVA-portal, något som är ett krav då vi ska bli godkända. Det kommer innebära att vem som helst kommer kunna läsa vår studie.

Metoden vi kommer att använda oss av är semistrukturerade intervjuer. Intervjun kommer att vara som längst 60 minuter, lite beroende på hur mycket empiri, dvs data (information) vi inhämtat. Vi kommer att leda intervjun och kommer ha några förbestämda frågor vi vill fråga dig om - dock kan det förekomma följdfrågor så att du är medveten om det.

Intervjun kommer även att spelas in. Efter intervjun kommer vi att transkribera inspelningen, vilket blir vår empiri. När transkriberingen av vår intervju är genomförd kommer vi att radera inspelningen.

**Härmed tillfrågas Du som deltagare i studien.**

## Bilaga 3 - Intervjuguide

### Intervjuguide

#### **Målgrupp**

Målgruppen för vår undersökning är individer som arbetar med behandling av personer med samsjuklighet mellan missbruk och psykisk sjukdom. Vi vill komma åt eventuella svårigheter eller möjligheter av arbetet inom behandlingen, och har därför valt att intervjua professionella som arbetar inom just detta.

#### **Metod**

Semistrukturerade intervjuer.

#### **Intervjun**

Intervjuns tid ska vara cirka 60 min, beroende på hur mycket empiri vi samlat in. Vi tänker oss även ett spann på ca 6-8 intervjuer, återigen beroende på hur mycket empiri vi samlat in men även hur många som vill medverka.

#### **Syfte med undersökningen**

Syftet med denna studie är att undersöka och belysa socialarbetares upplevelser av behandling vid samsjuklighet mellan missbruk och psykisk sjukdom inom olika instanser, för att få en överblick och förståelse av eventuella hinder och möjligheter socialarbetare genomgår vid utförande av behandling.

#### **Uppvärmningsfrågor**

- Hur länge har du jobbat här?
- Har du haft andra arbeten med samma inriktning?
- Vad är din utbildningsbakgrund? Har du vidareutbildat dig?
- Vad är din formella arbetstitel?
- Hur många klienter har du haft hand om ungefär?
- Hur kommer det sig att du arbetar med just det här?
- Kan du beskriva hur en vanlig dag här på jobbet ser ut för dig?
- Hur ser ert arbete ut när det kommer till behandling av personer som har missbruksproblematik och psykisk sjukdom?
- Finns det något ni jobbar och fokuserar särskilt mycket på just nu?
- Hur ser er arbetsbelastning ut?
- Hur ser det ut gällande förändringar eller trender inom klientgruppen? (kriminalitetsmönster, missbruksmönster, utsatthet, problem etc)
- (eventuella följdfrågor)

#### **Huvudfrågor**

- Hur upplever du ert arbetssätt?

- Vilka metoder eller behandlingsmodeller använder du när du arbetar med samsjuklighet, och varför?
- Vad tycker du fungerar bra?
- Vad tycker du fungerar mindre bra?
- Kan du berätta om en utmaning du stött på i arbetet och hur du tog dig igenom den?
- Tycker du något skulle behöva förändras? Isåfall vad?
- Vad utmärker ert arbete?
- Hur ser du på samverkan mellan socialtjänst och psykiatri eller andra aktörer, och finns det något som skulle kunna förbättras i samarbetet?
- Hur påverkar den nuvarande hälso- och sjukvårdspolitiken ert arbete? (minskad budget, batongpolitik, svårigheter etc)
- Hur länge pågår behandlingen, eller är det väldigt individuellt?
- Hur ser du på stigmatiseringen av denna målgrupp?
- Hur ser du på den framtida utvecklingen inom området behandling av samsjuklighet? Finns det några nya trender eller metoder som du tror kommer spela en större roll framöver?
- Hur hanterar du situationer där klienten kanske inte följer behandlingsplanen eller återfaller i missbruk?
- (följdfrågor)

#### **Avslutningsfrågor**

- Är det något jag inte frågat om nu som du skulle vilja berätta om?
- Hur kändes det att vara med i den här intervjun?
- Känner du till någon annan person som du tycker vi borde intervjua?