

ÖREBRO UNIVERSITET
Institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete
Socialt arbete
Examensarbete
Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
VT 2021

”Man pratar ju med barn på nåt sätt”

En kvalitativ intervjustudie om hur socialsekreterare och LSS-handläggare arbetar med individer som har missbruk i kombination med en mild intellektuell funktionsvariation

Ahlén, Ninni
Hansson, Victoria
Handledare: Sand, Ann-Britt

“MAN PRATAR JU MED BARN PÅ NÅGOT SÄTT”
EN KVALITATIV INTERVJUSTUDIE OM HUR SOCIALSEKRETERARE OCH LSS-
HANDLÄGGARE ARBETAR MED INDIVIDER SOM HAR MISSBRUK I
KOMBINATION MED EN INTELLEKTUELL FUNKTIONSVARIATION

Ninni Ahlén

Victoria Hansson

Örebro universitet

Institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete

Socialt arbete

Examensarbete på kandidatnivå, 15 högskolepoäng

VT 2021

Tack

Först och främst vill vi utbringa ett tack till våra respondenter som tagit tid ur sitt schema och ibland även sin fritid för att medverka i vår studie. Vi vill även tacka vår handledare Ann- Britt Sand som genom sin kunskap har väglett oss genom denna studie. Utan er hade studien inte varit möjlig. Slutligen vill vi tacka de forskare som uppmärksammat individer som har missbruksproblematik i kombination med intellektuella funktionsnedsättningar samt socialtjänsten som arbetar för att de ska få ett bättre liv.

Sammanfattning

Syftet med studien är att undersöka hur socialsekreterare respektive LSS-handläggare arbetar med vuxna klienter över 18 år som har missbruksproblematik i kombination med en mild intellektuell funktionsvariation. Professionsteori och fyra olika professionsteoretiska begrepp har använts som utgångspunkt i analysen av de fem kvalitativa intervjuer som genomförts. Tre socialsekreterare och två LSS-handläggare runt om i Sverige har intervjuats genom halvstrukturerade intervjuer. Slutsatser som framkommit är bland annat att samtalsmetodiken i mötet med klienterna behöver anpassas utifrån klienternas kognitiva förmåga för att de ska kunna tillgodogöra sig informationen. Bilder, metaforer och frågor med alternativa svar är tekniker som respondenterna använder. Respondenterna menar att tydlighet, flexibilitet och tålamod är egenskaper som behövs i arbetet med klienterna. För att klienterna ska komma så långt som möjligt i behandlingen krävs motivationsarbete och en god arbetsallians till den professionella. Även trygghet, tillit och täta uppföljningar är viktigt för att klienterna ska nå målen. Klienter som har denna dubbla problematik "faller mellan stolarna" på grund av brister i samverkan mellan utredningsenheten missbruk och funktionshinderomsorgen då det finns olika synsätt gällande vilken av problematikerna som behöver hanteras först.

Nyckelord: missbruk, mild intellektuell funktionsvariation, socialsekreterare, LSS-handläggare, socialt arbete

”IN A WAY IT’S LIKE YOU ARE TALKING TO A CHILD.”

A QUALITATIVE INTERVIEW REGARDING SOCIAL SERVICE WORKERS WORK WITH INDIVIDUALS WHO SUFFER FROM ADDICTION ALONG WITH MILD INTELLECTUAL DISABILITY.

Ninni Ahlén

Victoria Hansson

Örebro University

School of Law, Psychology and Social Work

Social Work

Undergraduate Essay 15 credits

Spring 2021.

Abstract

The purpose of this study was to examine how social service workers in Sweden work with clients above the age of 18 who have an addiction along with mild intellectual disability. The empiric data was five semistructured qualitative interviewes with social service workers. The analysis was based on professional theory. The study concludes that the conversation method should be adjusted to fit the client's cognitive ability for the client to be able to comprehend the information. Furthermore clarity, flexibility and patience are important qualities in the work with these clients. Social service workers use pictures, metaphors and questions with multiple choice answers to meet these clients needs. Motivational work and a functioning alliance are crucial for the clients to get as far as possible in treatments. Also safety, trust and frequent follow-ups are important for the clients to reach their goals. These clients often ”fall through the cracks” because of flawed cooperation between the investigation service for addiction and the investigation service for disability or the healthcare system regarding what to treat first.

Keywords: addiction, mild intellectual disability, social workers, social work

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	4
1.0. Inledning	6
1.1. Problemformulering	7
1.2. Syfte och frågeställningar	7
1.3. Centrala begrepp	8
1.3.1. Missbruksproblematik	8
1.3.2. Mild intellektuell funktionsvariation (MIF)	8
2.0. Bakgrund och lagstiftning	9
2.1. Historik kring missbruk av sinnesförändrande substanser	9
2.2. Historik kring intellektuella funktionsvariationer	9
2.3. Lagrum	10
2.3.1. Socialtjänstlag (2001:453)	10
2.3.2. Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall	11
2.3.3. Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade	11
3.0. Tidigare forskning	11
3.1. Övergripande forskning av arbete med missbruk respektive IF	11
3.2. Förekomst av MIF i missbrukssammanhang	12
3.3. Riskfaktorer	13
3.4. Behandling	14
4.0. Teoretiska utgångspunkter	15
4.1. Professionsteori	15
4.1.1. Yrkeskompetens	16
4.1.2. Arbetsallians	16
4.1.3. Handlingsutrymme	16
4.1.4. Samverkan	17
4.2. Teorianvändning	17
5.0. Forskningsmetod	17
5.1. Metodansats	18
5.2. Vetenskapsteoretisk utgångspunkt	18
5.3. Urval	18
5.4. Datainsamling	19
5.5. Litteratursökning	20
5.6. Tillförlitlighet i studien	20
5.7. Etik	21

6.0. Resultat och analys	22
6.1. Presentation av respondenter.	22
Tabell 1. Respondenter	22
6.2. Förekomst av MIF i missbruk	23
6.3. Förhållningssätt i arbetet med målgruppen	24
6.4. Möjligheter och svårigheter	26
6.5. Motivationsarbete	26
6.6. Relationen till klienten	28
6.7. Handlingsutrymme	29
7.0. Diskussion och slutsatser	31
7.1. Diskussion	32
7.2. Slutsatser	34
7.3. Styrkor och begränsningar med studien	35
7.4. Förslag till vidare forskning	36
8.0. Referenslista	37
9.0. Bilagor	41
Bilaga 1. Informationsbrev	41
Bilaga 2. Intervjuguide	42

1.0. Inledning

I Sverige hade år 2017 cirka 4 procent vuxna individer ett alkoholberoende, vilket ungefär motsvarar 310 000 individer (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning 2019, s. 6 & 26). Samma år antogs cirka 1,8 procent av Sveriges vuxna befolkning ha någon typ av substansbrukssyndrom som hade sitt ursprung i narkotikaanvändning, vilket ungefär motsvarar 150 000 individer (a.a.). Utifrån ett internationellt perspektiv visar Folkhälsomyndigheten (2020) att 0,7 procent av 15–64 åringar världen över (vilket motsvarar cirka 35,6 miljoner individer) har ett problematiskt bruk, missbruk eller beroende av narkotika. Denna andel har varit stabil sedan år 2009 (a.a.). I missbrukssammanhang och i diskussioner kring dessa benämns sällan individer som har en mild intellektuell funktionsvariation (fortsättningsvis förkortad MIF). Trots detta visar forskning att cirka sex procent av alla som har en missbruksproblematik även har en MIF (VanDerNagel, Kiewik, Postel, van Dijk, Didden, Buitelaar & de Jong, 2014, s. 809). Forskning visar också att individer med MIF riskerar att hamna i missbruk till följd av sin diagnos (Didden, 2017; Salavert, Clarabuch, Fernández-Gómez, Barrau, Giráldez & Borrás, 2018; Duijvenbode & VanDerNagel, 2019). Enligt Lindblad och Fernell (2021) omfattar en MIF svårigheter med intellektuella funktioner hos den berörda individen som exempelvis handlar om besvär med abstrakt tänkande, teoretiskt tänkande och inläring. En MIF kan medföra problem gällande vardagssysslor såsom att ta hand om hemmet, sköta sin ekonomi och klara av sitt arbete. En individ med MIF kan också ha svårt för att lära sig att läsa, skriva och räkna, samt förstå tidsbegrepp. Den sociala delen kan också påverkas då en individ med MIF kan ha svårt för att kommunicera och uppfatta andra människors sociala signaler. Därmed kan individen få svårigheter med att etablera åldersadekvata relationer med andra människor och riskerar även att bli manipulerad av sin omgivning till följd av sin godtrogenhet (a.a.). Ungefär en av hundra har en intellektuell funktionsvariation (fortsättningsvis förkortad IF) i Sverige och av dem har cirka två tredjedelar en MIF (1177 vårdguiden, 2021).

Socialnämnden har ett ansvar enligt 5 kap. 7§ Socialtjänstlagen (SoL) att *“medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av stöd”* [SFS 2001:453]. Socialnämnden har även enligt 5 kap. 9§ SoL ett ansvar för att en missbrukare får den vård som behövs för att komma ifrån sitt missbruk. Ovannämnda lagrum visar därmed att socialnämnden har ett ansvar för individer med dubbeldiagnosen missbruk och MIF. Utifrån berörda lagrum kan det tänkas att det bör finnas specialanpassade behandlingsprogram för individer med missbruksproblematik och MIF, men enligt forskning (Salavert, 2018; Duijvenbode & VanDerNagel, 2019) är det brist på både forskning och etablerade specialanpassade behandlingar för klientgruppen. Gruppen som har denna problematik har blivit större och många av de individer som söker hjälp och stöd för sitt missbruk tenderar att uppvisa flera symptom som uppfyller kriterierna för MIF, trots att ingen diagnos är ställd (Braatveit, Hove och Torsheim, 2018). Det kan därmed tänkas att individer som söker hjälp för sitt missbruk och som uppvisar olika kognitiva svårigheter, kan behöva ytterligare hjälp och mer anpassad behandling för att hjälpbehoven ska tillgodoses (a.a.). Duijvenbode och VanDerNagel (2019) menar att det finns en kunskapslucka angående missbruksbehandlingar och förebyggande medicinsk forskning som möter behoven hos individer med MIF. De menar även att individer med MIF i lägre utsträckning deltar i och

engagerar sig i de behandlingsprogram som finns. Det har även påvisats att målgruppen i större utsträckning avslutar behandlingen i förtid (a.a.).

1.1. Problemformulering

Utifrån den sökning av tidigare forskning som genomförts tycks det finnas få samhällsvetenskapliga studier gällande individer med både missbruksproblematik och MIF samt forskning som har kvalitativa intervjuer som datainsamlingsmetod. Däremot finns det flera kvantitativa studier gällande målgruppen som har en medicinsk utgångspunkt. Det finns samhällsvetenskaplig forskning på områden, men som enbart omfattar någon av de båda diagnoserna. Utifrån de identifierade kunskapsluckorna avseende behandlingen för individer med dubbeldiagnosen missbruk och MIF, kommer följande studie att undersöka yrkesverksamma socialsekreterares och LSS-handläggares arbete med målgruppen. Socialsekreterare och LSS-handläggare möter målgruppen i ett tidigt stadium av hjälpsökarprocessen. Både socialsekreterare och LSS-handläggare är socionomer i grunden och ansvarar för utredning av målgruppens behov för att därefter bevilja olika insatser utifrån socialnämndens delegation. Varför denna studie är av relevans för socialt arbete är på grund av att det är socialnämndens ansvar att värna om denna grupp individer, vilket medför att det finns ett intresse av att undersöka om klientgruppen faktiskt får sina behov tillgodosedda. Lindblad och Fernell (2021) menar att denna grupp individer är en utsatt grupp, bland annat i förhållande till sociala situationer. Forskarna menar att individer som har MIF ofta behöver hjälp och stöd inom olika områden livet ut (a.a.).

Förekommer även en missbruksproblematik kan det tänkas att denna grupp individer behöver ytterligare stöd och hjälp i sin vardag. Individer som har missbruksproblematik i kombination med MIF har med andra ord utifrån lagstiftningen rätt till behandling som är utformad efter deras dubbla problematik. Därmed behövs en undersökning genomföras av hur arbetet med klientgruppen ser ut idag, för att både undersöka om arbetet genomförs i enlighet med lagen, men också för att ta reda på hur arbetet vidare kan utvecklas. Frågan om hur socialsekreterare respektive LSS-handläggare arbetar med målgruppen och vilka behandlingar de beviljar är intressant för att se hur professionella förhåller sig till det ansvar de har och om de kan uppfylla det utifrån lagstiftningen. Gällande det rådande forskningsläget och bristen på specialanpassade behandlingsprogram är det viktigt att studera vad som faktiskt utförs i praktiken för att upprätthålla lagen och tillgodose individernas behov.

1.2. Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka hur socialsekreterare respektive LSS-handläggare arbetar med utredning och uppföljning av behandlingsinsatser för vuxna individer över 18 år som har missbruksproblematik i kombination med MIF. För att besvara studiens syfte har följande frågeställningar utformats:

- Hur upplever socialsekreterare respektive LSS-handläggare arbetet med klienter som har missbruksproblematik i kombination med MIF?
- Hur ser samverkan mellan socialsekreterare respektive LSS-handläggare och aktörer från andra verksamheter?

1.3. Centrala begrepp

I följande avsnitt kommer centrala begrepp i studien att definieras. Begreppen som beskrivs är: *missbruksproblematik och intellektuell funktionsvariation*. Valda begrepp ansågs genomsyra hela studien, vilket medförde att vi valde att utförligt beskriva dessa för att frambringa en djupare förståelse för studiens helhet.

1.3.1. Missbruksproblematik

Det som tidigare kallades missbruk och beroende har numera slagits ihop och benämns därmed som substansbrukssyndrom (fortsättningsvis förkortad SUD) (Socialstyrelsen, 2019). SUD är en medicinsk diagnos som ställs inom sjukvården och inbegriper alla typer av sinnesförändrande substanser såsom alkohol, narkotika och receptbelagda läkemedel (Socialstyrelsen, 2019). För att fastställa diagnosen används en diagnosmanual som kallas för Diagnostic and statistical manual of mental disorders-V (DSM-V) (a.a.). Gällande alkohol går det att skilja mellan ett bruk som av samhället anses vara "normalt" och ett bruk som anses vara "onormalt" (Billinger & Hübner, 2009). Ett onormalt bruk av alkohol, med andra ord ett missbruk, klassas av samhället som något avvikande och betraktas som ett socialt problem. Vad gäller narkotikabruk i Sverige klassas all verksamhet och förtäring som något brottsligt (a.a.).

Enligt DSM-V innebär SUD att individen har ett sug eller begär till en sinnesförändrande substans (Praktisk medicin, 2020). DSM-V innefattar elva olika kriterier som graden av substansbrukssyndrom bedöms utifrån; 1. Ökande toleransnivå för vilken mängd av substansen individen behöver för att uppnå önskat rus, 2. Utmärkande abstinenssymptom eller kontinuerligt användande i syfte att motverka abstinens. 3. Svårigheter att kontrollera användningen av substansen, det vill säga att individen använder större mängd av substansen eller använder substansen under längre tid än vad som avsågs från början, 4. Önskan om eller upplevt misslyckande av att minska konsumtion av substansen, 5. Stor del av individens tid går åt till aktiviteter som krävs för att fortsätta använda substansen eller återhämta sig från dess biverkningar, 6. Sociala aktiviteter och andra ansvar individen har som exempelvis arbete eller familj påverkas negativt, 7. Förtäring av substansen trots en medvetenhet om att individen kan skada sig själv eller andra både fysiskt, psykiskt och emotionellt, 8. Återkommande bruk av substans som medför att individen inte klarar av att sköta sitt arbete, sin skolgång eller sitt hem, 9. Återkommande bruk som kan orsaka riskfyllda situationer och åsamka fysiska kroppsskador i form av exempelvis rattfylla, 10. Det finns ett begär av drogen och 11. Substansbruket fortlöper trots repetitiva svårigheter av sociala former till följd av drogens påverkan. SUD kan delas in i tre olika svårighetsgrader vilka är; *mild, måttlig och svår* och bedöms utifrån hur många av kriterierna i DSM-V som uppfylls (a.a.). Begreppet missbruksproblematik skrivet i denna studie innehåller kriterierna för SUD men har inget krav på antal kriterier som ska vara uppfyllda eller att specifika kriterier uppfylls.

1.3.2. Mild intellektuell funktionsvariation (MIF)

En intellektuell funktionsvariation (IF) beskrivs enligt Socialstyrelsen (2021) som en nedsättning av en individs funktionsförmåga som kan uppstå redan i fosterstadiet. Det finns fyra olika graderingar gällande hur svår IF en individ har, vilka är: *mild, måttlig, svår* och *mycket svår*. Att ha en IF innebär att individen i fråga besitter en lägre intelligenskvot (IQ), det

vill säga att individen har en lägre intelligens än majoriteten av befolkningen (1177 vårdguiden, 2021). Ungefär en av hundra har en IF i Sverige och av dem har cirka två tredjedelar en mild intellektuell funktionsvariation (fortsättningsvis förkortad MIF) (a.a.). Denna studie kommer att fokusera på MIF vilket innebär att individen i huvudsak lever ett självständigt liv men kan behöva stöttning i vissa livsområden (1177 vårdguiden, 2021). Vidare förklarar Lindblad och Fernell (2021) att en MIF kan innebära svårigheter att hantera vardagliga sysslor såsom hantering av ekonomi eller städning. Individer som har MIF kan även ha läs- och skrivsvårigheter, problem med att räkna samt att förstå tidsbegrepp. Även den sociala förmågan påverkas hos individer som har MIF genom att de har svårt att uppfatta andras sociala signaler eller problem med kommunikationen. Till följd av dessa svårigheter riskerar individer med MIF att manipuleras av sin omgivning och relationerna de skapar är oftast inte åldersadekvata (a.a.).

2.0. Bakgrund och lagstiftning

I detta avsnitt kommer bakgrundsfakta gällande missbruk och IF presenteras i syfte att skapa förståelse för dess historik och nuvarande lagstiftning. Bakgrunden kommer främst beröra tidigare historia om missbruksproblematik och IF, samt en beskrivning av hur IF och missbruksproblematik behandlades förr.

2.1. Historik kring missbruk av sinnesförändrande substanser

Under 1900-talet skedde en reform av missbruksvården då tvångsvården för missbrukare nästan halverades och öppenvården tog över, och år 1994 övertog staten ansvaret gällande tvångsvård av missbrukare (Holgersson, 2008). År 2000 tog regeringen fram en handlingsplan inom Sverige som syftade till att motverka skador orsakade av alkohol (Holgersson, 2006). Politikerna menade att det var viktigt att stärka stödinsatserna till bland annat individer som tillhörde en riskgrupp eller som hade ett riskbeteende kopplat till alkohol. Regeringen ville även fokusera på att stärka *“vård- och behandlingsinsatser, opinionsbildning och information, begränsning av tillgängligheten och marknadsföringen av alkoholdrycker, kompetensutvecklingen, uppföljning av konsumtions- och skadutveckling samt alkoholforskning”* (Holgersson, 2008, s. 186). Fokuset blev att insatserna skulle bli anpassade utefter missbrukarens behov och sättas in så fort som möjligt. Regeringen menade att *“för en välfungerande missbruksvård krävs det kunskaper om missbrukets omfattning och karaktär, vårdbehov hos olika riskgrupper och missbrukare samt kvalitet i och effekter av olika insatser”* (Holgersson, 2008, s. 186). Enligt Holgersson (2008) publicerades år 2001 en handlingsplan gällande narkotika i Sverige. Precis som i handlingsplanen gällande alkohol ville politikerna bland annat stärka insatserna och det motverkande arbetet. Politikerna menade att *“rätt avpassade och utformade behandlingsinsatser bidrar till att minska narkotikamissbruket och förbättrar missbrukarnas livssituation”* (Holgersson, 2008, s. 188).

2.2. Historik kring intellektuella funktionsvariationer

Innan 1800-talets andra hälft vårdades denna klientgrupp på hospitalet, i fattigvårdsanstalter eller av sina familjemedlemmar. Under andra halvan av 1800-talet grundades de första vårdande anstalterna för individer med IF. Syftet med de specifika anstalterna kan tänkas ha varit att *“förvara”* dessa individer utifrån ett avvikande- och rasbiologiskt synsätt. År 1934 lagstodgades den första så kallade *steriliseringslagen* vilken innebar att individer som av

samhället ansågs vara “sinnesslöa” kunde tvångssteriliseras på läkares rekommendationer. Motiveringen i riksdagen lydde “värdefulla arvsanlag ytterligt sällan äro sammankopplade med sinnesslöhet” (Holgersson, 2008, s. 60). På 40-talet fortsatte den destruktiva synen på individer med IF och det talades om att dessa individer riskerade att besudla den svenska framtida befolkningen (Holgersson, 2008). År 1944 lagstodgades lagen om undervisning och vård av bildbara sinnesslöa vilken innebar att individer med IF fick undervisning i skolan. Syftet med lagen var att dela upp skolbarn med IF respektive utan IF för att “särskilja” dem från varandra. De så kallade sinnesslöanstalterna hade under denna period full makt över vad de som ansågs vara sinnesslöa skulle göra efter sin skolgång. På 50-talet förflyttades ansvaret av denna målgrupp till landstinget i samband med den nya lagen om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna (1954). Synen på målgruppen förbättrades något under 50- och 60-talet och 1968 kom *omsorgslagen*, vilken bland annat medförde att arbetet med målgruppen effektiviserades. Omsorgslagen förnyades 1985 och innebar bland annat att flera lagrum som berörde individer med IF sammanvävdes med varandra (a.a.). Idag är lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och socialtjänstlagen (2001:453) aktuella för målgruppen.

2.3. Lagrum

I följande avsnitt presenteras nuvarande lagstiftning som är aktuell för klientgruppen att presenteras. Socialtjänstlagen (2001:453), Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade är de lagar som kommer behandlas i detta avsnitt.

2.3.1. Socialtjänstlag (2001:453)

Enligt 5 kap. 7 § SoL har socialnämnden ett särskilt ansvar för individer med funktionsvariationer. Bland annat har de ett ansvar för att medverka till att individens sysselsättning och boende är anpassat utefter dennes förmåga. Det finns även ett ansvar enligt 5 kap. 8 § SoL att ha god kunskap om dessa individers levnadsförhållanden inom den verksamma kommunen och även att sprida kunskap om socialtjänstens arbete med området. Gällande missbruk har socialnämnden ett ansvar enligt 5 kap. 9 § SoL att arbeta för att individer som har en missbruksproblematik ska få den hjälp och stöd individen behöver för att kunna avbryta sitt missbruk. Utifrån 5 kap. 9a § SoL ska kommunen samverka med regionen i frågor om individer som har ett missbruk av “*alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar*”. Enligt 3 kap. 5 § SoL ska alla socialnämndens insatser “*utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar*” [SFS 2001:453]. Gällande samverkan ska socialnämnden enligt 3 kap. 4 § SoL informera allmänheten om socialtjänstens arbete och när det anses lämpligt samverka med andra samhällsorgan, organisationer och/eller föreningar. Socialtjänstens arbete ska enligt 3 kap. 3 § SoL vara av god kvalitet vilket ska säkerställas genom att personalen har lämplig utbildning och erfarenhet inom sitt arbetsområde. En individ som inte själv kan tillgodose sina behov eller på annat sätt kan få dem tillgodosedda kan enligt 4 kap 1 § SoL ha rätt till bistånd. Biståndet kan vara i form av ekonomiskt bistånd eller bistånd för livsföring i övrigt. Biståndet ska göra

att individen uppnår en skälig levnadsnivå och ska stärka individens möjligheter att fortsätta leva självständigt utan socialtjänstens hjälp.

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

Det finns även en tvångslag som omfattar individer som har missbruk, lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). 4 § LVM ger socialtjänsten rätt att tvångsomhänderta en individ om den:

1. någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk,
2. vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (2001:453) eller på något annat sätt, och
3. han eller hon till följd av missbruket
 - a) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
 - b) löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller
 - c) kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

(SFS 1988:870).

Om rättens beslut inte kan vänta på grund av oro för att individen ska skada sig själv eller andra eller om hens hälsotillstånd är kraftigt försämrat kan individen även omhändertas akut enligt 13 § LVM.

2.3.3. Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) inbegriper stöd och service till vissa funktionshindrade. För att ha rätt till stödet behöver individen enligt 1 § LSS ha:

1. en utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd,
2. med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, eller
3. med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service. (SFS 1993:387)

Det stöd och service som individen kan få rätt till enligt LSS är enligt 9 § bland annat personlig assistent, kontaktperson, anpassad bostad och daglig verksamhet.

3.0. Tidigare forskning

I detta avsnitt presenteras tidigare forskning av området. Avsnittet innehåller följande rubriker: *övergripande forskning av arbete med missbruk respektive IF, förekomst av MIF i missbrukssammanhang, riskfaktorer och behandling*. Den tidigare forskningen består av kvantitativ, medicinsk forskning som berör både missbruk och MIF men även samhällsvetenskaplig kvalitativ och kvantitativ forskning som berör problematikerna var för sig. Den samhällsvetenskapliga forskningen är främst nationell, medan den medicinska forskningen endast är internationell.

3.1. Övergripande forskning av arbete med missbruk respektive IF

Det är få individer med missbruksproblematik som söker hjälp och endast 20–30 procent av målgruppen ansöker självständigt (Robertson & Nesvåg, 2019, s. 249). Forskarna kom i sin studie fram till att individer som söker hjälp för sitt missbruk av alkohol och/eller andra droger

värdesätter att de professionella stöttar dem i övergången till ett drogfritt liv. Faktorer som enligt forskarna är viktigt för att individerna ska klara av övergången är att de professionella kan hjälpa till att skapa ett socialt nätverk och föreslå andra aktiviteter, men även den inställning som individen själv har till att bli drogfri har en betydande roll. Forskarna menar att när en individ separerar från sitt missbruk skapas en upplevelse av något främmande, då livet inte längre kretsar kring droger. Därmed anser forskarna att det är viktigt att behandling och stöttning av denna målgrupp finns även under övergången till ett drogfritt liv. Individer som söker hjälp för sitt missbruk berättar att de upplever en känsla av missanpassning till samhället efter avslutad behandling. Därmed betonar forskarna vikten av att det bör finnas fortsatt hjälp för individer med denna problematik och den hjälp som finns idag kan behöva utvecklas inom detta område (a.a.).

I Sverige arbetar man med behandling av missbruk utifrån flera olika aktörer (Samuelsson, Blomqvist & Christophs, 2013). Det största ansvaret över denna målgrupp, vad gäller behandling som sker utifrån ett långtidsverkande perspektiv, ligger enligt forskarna hos Socialtjänsten (Blomqvist, Palm & Storbjörk, 2009; Christophs, 2009, refererad i Samuelsson, Blomqvist & Christophs, 2013). Samuelsson, Blomqvist och Christophs (2013) menar att synen på individer som har missbruksproblematik skiljer sig beroende på vilken yrkesgrupp inom socialt arbete man frågar. Professionella som arbetar inom socialtjänsten tycktes ha högre hopp om att målgruppen kan ta sig ifrån missbruket, medan personal inom kriminalvården inte kände samma hoppfullhet. Forskarna påvisar även att synen på själva fenomenet missbruk skiljer sig åt mellan professionella (a.a.). Klingemann (2020) menar att flera länder i Europa betonar vikten av att både professionella som arbetar med individer samt allmänheten har en hoppfull inställning till missbruksbehandlingen. Wiers och Stacy (2013, refererad i Duijvenbode, Didden, Korzilius & Engels, 2016) menar att den huvudsakliga svårigheten hos en missbrukare inte är att målgruppen inte förstår de negativa påföljderna av missbruket, utan att målgruppen faktiskt fortsätter bruka substansen trots vetskapen av dess konsekvenser.

Ferrari (2009, refererad i Nouwens, Smulders, Embregts och van Nieuwenhuizen, 2017) hävdar att MIF är ett tillstånd som ofta missas att diagnostiseras och kan även feldiagnostiseras. Individer med MIF har ett ökat behov av hjälp från socialarbetare, bland annat på grund av att målgruppen i högre utsträckning riskerar att bli hemlösa, hamna i missbruk och/eller hamna i fattigdom till följd av sin funktionsvariation (Mercier & Picard, 2011; Wissink, van Vugt, Moonen, Stams, Hendriks, 2015; Emerson, 2007, refererad i John & Schrandt, 2019). Ju mer kunskap en professionell har om vad en MIF innebär, desto bättre blir attityden mot arbetet med målgruppen (John & Schrandt, 2019). Forskarna undersökte socionomstudenters förmåga att uppfatta om en hjälpsökande har en MIF. Resultatet visade att studenterna hade lätt att uppmärksamma funktionsvariationer som exempelvis Down syndrom, men gällande MIF och autism hade de svårare att urskilja funktionsvariationerna (a.a.).

3.2. Förekomst av MIF i missbrukssammanhang

Forskning visar att sex procent av individer som har missbruksproblematik även har någon form av MIF (VanDerNagel et. al., 2014, s. 809). Braatveit, Hove och Torsheim (2018) hävdar dock att många av de individer som är beroende av någon form av substans, och har någon form av hjälpkontakt, också sannolikt har en MIF som inte blivit diagnostiserad än. Gruppen

med denna problematik antas bli större och många av de individer som söker hjälp och stöd för sitt missbruk tenderar att uppvisa flera symptom som uppfyller kriterierna för en MIF, trots att ingen diagnos är satt. Forskarna menar att individer som söker hjälp för sitt missbruk och som uppvisar olika kognitiva svårigheter, kan behöva ytterligare hjälp och mer anpassad behandling för att hjälpbehoven ska tillgodoses (a.a.). Individer som har en MIF använder enligt Didden, Otten, Poelen och Schijven (2018) alkohol och andra droger i lika hög utsträckning som individer utan MIF. Däremot riskerar individer med MIF lättare att etablera substansbrukssyndrom (fortsättningsvis förkortad SUD) (Burgard, Donohue, Azrin, & Teichner, 2000; McGillicuddy, 2006; van Duijvenbode et. al., 2015 refererad i Didden, Otten, Poelen och Schijven, 2018).

Individer med en MIF tycks använda cannabis och centralstimulerande substanser i högre utsträckning än individer utan MIF (Duijvenbode & VanDerNagel, 2019; Salavert et. al., 2018). Överrepresentationen utesluter dock inte att individer med MIF använder andra sinnesförändrande substanser såsom alkohol (a.a.). McLaughlin, Milligan, Quinn och Taggart (2009) menar däremot att alkohol är den vanligaste substansen som individer med MIF intar, men att det också förekommer cannabis och ecstasy. Vissa individer med MIF visade sig också inta receptbelagda mediciner vid droganvändning. Forskarna menar även att utifrån de socialarbetare som intervjuats i deras studie var det inte vanligt förekommande att individer med MIF var hjälpsökande. Däremot misstänkte socialarbetarna att klienter som kommit till dem för att söka hjälp möjligtvis hade någon form av MIF som inte blivit diagnostiserad (a.a.). I kontrast till Djuvenbode & VanDerNagel (2019), Salavert et. al. (2018) och McLaughlin et. al. (2009) menar Carrol Chapman och Wu (2012) att individer med MIF är underrepresenterade gällande användning av cannabis och kokain i jämförelse med övriga befolkningen. Målgruppen tycks enligt forskarna även vara något underrepresenterad gällande alkohol men inte i samma utsträckning som cannabis och kokain (a.a.). Enligt Missbruksutredningen (2011) anses individer med en IF vanligtvis ha en sen alkoholdebut. Den sena alkoholdebuten ses däremot inte som något skydd då individer i målgruppen lätt kan påverkas av andra individers inflytanden och utnyttjanden och därmed hamna i missbruk. Carrol Chapman och Wu (2012) har hittat liknande resultat gällande senare alkoholdebut och mindre frekvent användande, vilket enligt forskarna är en indikation till att målgruppen behöver mindre exponering för substansen för att utveckla en problematik. Enligt Westermeyer (1996, refererad i Ting To et. al., 2014) kan individer med MIF tänkas ha en låg tolerans för alkohol, men den låga toleransen kan vara vilseledande i frågan om individen har ett missbruk eller endast brukar substansen.

3.3. Riskfaktorer

Individer med MIF riskerar i högre utsträckning att utveckla ett en missbruksproblematik jämfört med individer utan MIF (Salavert et. al., 2018; Duijvenbode & VanDerNagel, 2019; Didden, 2017; Carrol Chapman & Wu, 2012). De riskerar även att få negativa konsekvenser till följd av missbruket (a.a.). Hos dessa individer kan det finnas eventuell samsjuklighet som behöver läkemedelsbehandling och att använda alkohol eller narkotika i kombination med receptbelagda läkemedel ökar risken för somatiska konsekvenser till följd av missbruket (Huxley et. al., 2019). En riskfaktor inom gruppen som har MIF är att ha högre IQ (intelligenskvot), vilket förekommer i graderna mild till marginell (IQ 50–85). Att IQ ses som

en riskfaktor motiveras genom att det ofta innebär en högre grad av självständighet både fysiskt och ekonomiskt (Ting To et. al., 2014). Den högre kognitiva förmågan och självständigheten innebär ett högre deltagande i samhället där individen exempelvis kan komma i kontakt med olika substanser (Carrol Chapman & Wu, 2012).

3.4. Behandling

Forskning visar att det finns en kunskapslucka gällande missbruksbehandlingar och förebyggande insatser för individer med MIF (Salavert, 2018; Duijvenbode & VanDerNagel, 2019). Djuvenbode och VanDerNagel (2019) har enbart funnit två behandlingsprogram som är specialanpassade för individer med denna problematik, vilka är under granskning alternativt redan har granskats. Nouwens et. al. (2017) menar att det idag finns få hjälpprogram så som terapiformer eller olika kontakter med socialarbetare, som är riktade mot individer med MIF. Forskarna hävdar att individer med MIF idag erbjuds hjälp och stödprogram som inte skiljer sig särskilt mycket från den behandling som individer utan MIF tillhandahålls. De insatser som specificerades för individer med MIF var en viss form av terapi, boendestöd och kontakt med socialtjänst (a.a.). De behandlingar som Duijvenbode och VanDerNagel (2019) har uppmärksammat vara något verksamma för individer med missbruksproblematik i kombination med MIF är motiverande samtal och gruppterapi i form av mindfulness. Forskarna menar att dagens stöd och hjälp riktad mot individer med MIF är bristfällig och behöver förbättras samt utökas för att kunna bemöta målgruppens behov (Nouwens et. al., 2017; Duijvenbode & VanDerNagel, 2019). Forskning visar även att individer med MIF i lägre utsträckning deltar i och engagerar sig i behandlingsprogrammen. Det har även påvisats att individer med missbruk och MIF i större utsträckning avslutar behandlingen i förtid (a.a.).

Även Carrol Chapman och Wu (2012) menar att oddsens för att individer med MIF påbörjar och engagerar sig i behandlingar är reducerade. Detta i kombination med att individerna har ökade odds att avbryta behandlingen menar forskarna kan bero på att missbruksvården inte möter behandlingsbehoven för individer med MIF. Ytterligare en orsak forskarna berör är att vissa barriärer kopplade till MIF såsom motivationsförlust kan påverka individens fortsatta behandling (a.a.). McLaughlin et. al., (2009) menar att de aktörer som arbetar med individer som har någon form av IF behöver samverka med de aktörer som arbetar med individer som har ett missbruk. Detta för att individerna med både missbruk och MIF ska kunna få en effektiv behandling. Forskarna påpekar dock att det förekommer en brist på kunskap hos yrkesverksamma som arbetar med målgruppen, vilket har resulterat i att behandling för målgruppen uteblivit. Vissa missbruksbehandlingar som existerar har valt att inte inkludera individer med MIF, med motiveringen att det inte skulle fungera för dem (a.a.).

Sammanfattningsvis är det utmärkande i den tidigare forskningen att individer som har missbruksproblematik i kombination med MIF är få (VanDerNagel et. al., 2014), men att de antas bli fler (Braatveit, Hove & Torsheim, 2018). De professionella som arbetar med individer med missbruk och MIF behöver ha rätt kunskap och samverka med andra professionella för att klienternas behov ska kunna tillgodoses (McLaughlin et. al., (2009). Individer som har en MIF är en riskgrupp gällande att utveckla en SUD, men också beträffande de negativa påföljder som missbruket kan medföra (Salavert et. al., 2018; Duijvenbode & VanDerNagel, 2019; Didden, 2017; Carrol Chapman & Wu, 2012). De negativa påföljderna kan bero på eventuella

samsjukdomar som finns, vilka kan kräva läkemedelsbehandling som kan resultera i somatiska besvär kopplat till missbruket. Ytterligare en riskfaktor hos individer med missbruk och MIF anses även vara ett högre IQ då det innebär en högre självständighet (Ting To et. al., 2014). Forskningen visar att det finns få behandlingsprogram för individer med denna dubbla problematik (Duijvenbode & VanDerNagel, 2019). De behandlingar som klientgruppen erbjuds i dagsläget är motiverande samtal och mindfulness vilka ha visats något verksamma. Det har även visats att individer med missbruksproblematik i kombination med MIF sällan engagerar sig i eller deltar i behandlingsprogram och om de gör det finns en risk att de avslutar i förtid (a.a.). Denna passivitet kan enligt Carrol Chapman och Wu (2012) bero på att dessa individer har lätt att tappa motivationen. I arbetet med klienter med denna dubbla problematik krävs att aktörerna som är inblandade samverkar med varandra för att skapa en effektiv behandling (McLaughing et. al. 2009).

4.0. Teoretiska utgångspunkter

Syftet med studien är att undersöka hur socialsekreterare respektive LSS-handläggare arbetar med utredning och uppföljning av behandlingsinsatser för klienter som har missbruksproblematik i kombination med MIF. Därmed har vi valt att använda professionsteori. Professionsteori tar upp olika områden som ingår i- och berör det sociala arbetet. Inom denna teori har begreppen *yrkeskompetens*, *arbetsallians*, *handlingsutrymme* och *samverkan* valts. Professionsteori valdes med anledning av att vi ansåg att den teorin, på ett konkret sätt beskriver vilket förhållningssätt bland annat socialsekreterare och LSS-handläggare behöver ha i relation till sitt arbete. Begreppen som beskrivs i följande avsnitt ansågs relevanta då de på ett passande sätt berör de egenskaper som en socialarbetare bör ha för att på bästa sätt kunna genomföra sitt arbete. Med andra ord ansåg vi att den valda teorin och begreppen, i relation till syftet och frågeställningarna, kommer kunna användas i analysen av materialet för att skapa en bättre förståelse för respondenternas svar.

4.1. Professionsteori

Enligt Svensson, Johnsson och Laanemets (2008) finns det flera olika synsätt inom professionsteori. Ett synsätt kallas kollektiv-eller individuell professionalisering. Teorin utgår både från att den professionella har teoretisk kunskap samt praktisk kunskap att använda de teoretiska kunskaperna i yrkesutövningen. Som namnet avslöjar finns det inom denna teori en särskillnad mellan utvecklingen av professionalisering på kollektiv respektive individuell nivå. Den kollektiva nivån innebär professionens bemästrande och upprätthållande av relationen till staten, andra yrkesgrupper samt till allmänheten. Professionalisering på den individuella nivån inbegriper en process där individen utvecklar och erhåller förmågor eller kompetenser som är väsentliga för yrkesutövningen. Yrkeserfarenhet räknat i antal år antas ha en påverkan på graden av den professionalisering som skett. Professionaliteten kännetecknas bland annat av att den professionella har förmågan att anpassa arbetet genom att bedöma olika arbetsmodeller eller metoder som är verksamma inom den specifika organisation och yrkesutövning som den professionella interagerar med. Modellerna eller metoderna ska genom förenkling och utifrån lokala förutsättningar kunna översättas till andra organisationer (a.a.).

4.1.1. Yrkeskompetens

Yrkeskompetens består av *relationskompetens* och *handlingskompetens* (Røkenes & Hanssen, 2016). Handlingskompetensen inbegriper de instrumentella kunskaper eller färdigheter som den professionella behöver för att göra något med eller för klienten. Forskarna förklarar handlingskompetensen som exempelvis då en sjuksköterska vet hur hen sätter ihop en rullstol eller ger en spruta och liknar det vid att göra något med ett objekt. Den professionella behöver även kunna förhålla sig till klienten och se världen ur klientens perspektiv vilket den gör med hjälp av relationskompetensen. Relationskompetens är ett begrepp som används för att beskriva en förmåga att upprätta, upprätthålla och avsluta en relation. Den finns hos människor redan från födseln men utvecklas och kan anpassas till den valda yrkesrollen för att bemöta klienten på bästa möjliga sätt. En god relationskompetens kännetecknas av god självkänedom vilket i sin tur leder till en bättre förståelse av klientens situation samt av samspelet mellan den professionella och klienten. Genom relationskompetensen ser den professionella klienten som ett handlande subjekt med en integritet och ett självbestämmande. I relationskompetensen ingår bland annat "*relationsförståelse, relationella färdigheter och etiska reflektioner*" (Røkenes & Hanssen, 2016, s. 10). Medan handlingskompetensen inbegriper "*instrumentella färdigheter och kunskaper*" (Røkenes & Hanssen, 2016, s. 10).

4.1.2. Arbetsallians

Arbetsallians är ett begrepp som enligt Eide och Eide (2006) omfattar relationen mellan den yrkesverksamma och klienten. Arbetsalliansen formas bland annat genom den kommunikation som förs mellan två parterna och baseras på olika avtal som parterna ingår i. De olika avtalen kan exempelvis beröra mål, tillvägagångssätt och hur ansvaret ska delas upp bland vardera part. Forskarna menar att arbetsalliansen framför allt skapas i behandlingssituationer, men att den även är aktuell i "*andra typer av hjälpgivare-klient-relationer*" (Eide & Eide, 2006, s. 37). För att en god arbetsallians ska etableras behövs en fungerande och konkret kommunikation. Om en god arbetsallians skapas i ett tidigt skede i mötet med klienten växer chansen att utfallet påverkas positivt. Arbetsalliansen består även av att klienten ska kunna känna en känsla av självbestämmande och att kunna tillämpa sina egna resurser. I skapandet av arbetsalliansen är det av betydande roll att den yrkesverksamma är en god lyssnare och förmedlar respekt och förtroende till klienten. Klienter värdesätter att det finns ett förtroende mellan parterna och att det finns en tillförlitlighet till att det som den yrkesverksamma lovar kommer att hållas och bli av. Att skapa en allians betyder även att skapa trygghet. Eide och Eide (2006, s. 37) menar att "*med trygghet kommer också mod och styrka att pröva sig fram*". Teci Hill (2005, refererad i Svensson et. al., 2008) menar att en allians innebär ett samarbete vilket baseras på parternas delade inställning och avtal gällande de mål som ska uppnås under arbetet.

4.1.3. Handlingsutrymme

Handlingsutrymme är ett fenomen som omfattar de organisationsmässiga regelverk som en socialarbetare behöver förhålla sig till i arbetet, i kombination med socialarbetarens professionella kunskap (Svensson et. al., 2008). Socialarbetarens roll i förhållande till klienten skapas bland annat utifrån organisationens huvudsakliga mål med verksamheten. Utifrån sin professionella kunskap kan socialsekreteraren ytterligare precisera sin roll i mötet med klienten. Ett etiskt dilemma kan uppstå utifrån socialarbetarens handlingsutrymme i form av att

socialarbetaren både behöver förhålla sig till klienten som individ, men också till det regelverk som organisationen innehar. För att socialarbetaren ska kunna förhindra dilemmat behöver klientens behov lokaliseras och kopplas till organisationens uppgift, i syfte att tillgodose både klientens vilja men också organisationens. Handlingsutrymmet möjliggör flera olika tillvägagångssätt i arbetet med klienter, vilket medför att det är upp till socialarbetaren att använda handlingsutrymmet på det sätt som kan tänkas vara bäst för klienten. Beroende på vilka förkunskaper socialarbetaren besitter tillvaratas handlingsutrymmet på olika sätt. Handlingsutrymmet öppnar inte enbart upp valmöjligheter, utan baseras också på socialarbetarens förmåga att avgöra om valen är väsentliga i relation till klienten och organisationen. Med andra ord innebär handlingsutrymme även ett omfattande ansvarstagande från socialarbetaren (a.a.).

4.1.4. Samverkan

Samverkan är ett centralt begrepp inom det sociala arbetet och innebär enligt Svensson, et. al. (2008, s. 182) *“när en person eller en sammanslutning av personer arbetar med eller utövar en verksamhet tillsammans i syfte att uppnå ett gemensamt mål”*. En god samverkan kan vara fördelaktigt för att hjälpsökande individer ska få sina behov tillgodosedda då det är vanligt att hjälpsökande har någon typ av samsjuklighet (Svensson et. al., 2008). Danermark (2004) menar att samverkan omfattar ett sätt att arbeta, vilket ständigt utvecklas. Tre olika beståndsdelar som inverkar på samverkan kan tänkas vara följande: organisatoriska former, regelsystem och kunskapstraditioner. Dessa strukturella omständigheter kan anses vara grundläggande för en fungerande samverkan. Danermark (2004, s. 11) antyder att *“det är genom att analysera de strukturella villkoren och förutsättningarna för samverkan som man bäst kan planera för samverkan”*. Det går även att se samverkan ur ett så kallat *relationellt maktperspektiv* (Danermark, 2004). Utifrån samverkan framkommer makten i samspelet mellan olika organisationer. I ett fall där en klient har en dubbel problematik av någon form kan det tänkas att det finns både en läkare och en socialarbetare som på olika sätt har ansvar för behandlingen av klienten. I det fallet har läkaren tolkningsföreträde gällande behandlingen av klienten, vilket kan medföra att socialarbetarens tankar gällande klienten inte prioriteras (a.a.). Enligt Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) (2016) är samverkan av betydande roll när det gäller arbeten kopplade till vård- och omsorg. IVO menar att individer som har en missbruksproblematik ofta tilldelas behandling från flera olika enheter, vilket gör att samverkan anses centralt i arbete med berörda individer (a.a.).

4.2. Teorianvändning

De teoretiska begrepp som beskrivits i föregående avsnitt anses vara relevanta då alla begreppen berör socialsekreterares och LSS-handläggares sätt att arbeta utifrån en myndighetsperson-klient-relation. I den kommande analysen kommer vi att låta begreppen ligga till grund för granskningen av socialsekreterares respektive LSS-handläggares uttalanden angående deras sätt att arbeta med klientgruppen.

5.0. Forskningsmetod

Följande avsnitt syftar till att tydliggöra hur datainsamlingen och litteratursökningen har gått till i studien.

5.1. Metodansats

Syftet med studien är att undersöka hur socialsekreterare respektive LSS-handläggare arbetar med utredning och uppföljning av behandlingsinsatser med vuxna individer över 18 år som har missbruksproblematik i kombination med MIF. Studien är utformad utifrån en kvalitativ metodansats. En kvalitativ metod ger en djupare kunskap och bredare förklaringar än kvantitativa metoder som är mer övergripande (Hjerm & Lindgren, 2014). Den empiri som en kvalitativ datainsamling medför går oftast inte att generalisera, men det är inte heller syftet med metoden (Hjerm & Lindgren, 2014). Fejes och Thornberg (2015) menar att forskaren i studier där metoden utgår från en kvalitativ grund hämtar sin empiri genom tolkningar. Dessa tolkningar gör att det blir oundvikligt att relationen mellan forskaren och det som beforskas påverkar resultatet. I denna studie anses kvalitativ metod vara användbart utifrån syftet som strävar efter en förståelse för sociala fenomen.

5.2. Vetenskapsteoretisk utgångspunkt

Den vetenskapsteoretiska utgångspunkten förklaras som en vetenskap om vetenskapen (Andersson, 2014). Den svarar på hur vetenskapen ska bedrivas och vilka epistemologiska samt ontologiska antaganden studien utgår från (a.a.). Denna studie baseras på en hermeneutisk utgångspunkt. Hermeneutiken beskrivs som en metateori där en grundtanke är att förstå verkligheten i stället för att förklara den (Andersson, 2014). I denna verklighet existerar olika sociala fenomen och olika händelser som har viss betydelse. Betydelse är något som skiljer sig mellan individer och alla har en egen förståelse för vad som händer samt hur det påverkar individen. Även sociala fenomen har olika betydelser individer emellan. För att få en förståelse för något behöver forskaren undersöka dess betydelse eller mening hos flera individer. Att betydelser och sociala fenomen skiljer sig mellan individer beror på att alla individer tolkar verkligheten mot bakgrund av sin förförståelse. Förförståelsen inbegriper bland annat våra tidigare erfarenheter, fördomar och förutfattade meningar och är omöjliga att bli av med. Det är däremot möjligt att byta ut och förhålla sig till förförståelsen genom att medvetandegöra den (a.a.). Inom hermeneutiken läggs det som ovan nämnt stor vikt vid tolkningar. Det är dock viktigt att poängtera att det inte endast är forskaren som tolkar utan även de individer som intervjuas (Gilje & Grimen, 2007). De individer som blir intervjuade har redan tolkat världen och hur de uppfattar något när de blir intervjuade. Forskaren behöver därmed tolka något som redan är tolkat vilket benämns som dubbel hermeneutik (a.a.) Hermeneutiken genomsyrar hela studien genom att studien utgår ifrån att göra tolkningar av, och få förståelse för, respondenternas uttalanden. Studien syftar till att förstå hur socialsekreterarna och LSS-handläggarna arbetar och de sociala fenomen som påverkar deras arbete med klienter som har missbruksproblematik och MIF. Datainsamlingen består av respondenternas egna uppfattningar, erfarenheter och tolkningar av de frågor vi har ställt och även den tematiska analysen av data bygger på att vi som forskare tolkar respondenternas utsagor. Genom den tematiska analysen som genomförs i denna studie skapas en dubbel hermeneutik där vi gör tolkningar av respondenternas utsagor som består av deras tolkningar av verkligheten.

5.3. Urval

För att välja ut respondenter till studien har ett målstyrt urval använts. Det målstyrda urvalet är det vanligaste urvalet i kvalitativ forskning och innebär ett icke-sannolikhetsurval där forskaren

strävar efter att välja respondenter utifrån målet med studien (Bryman, 2018). Det målstyrda urvalet innebär att resultatet inte är generaliserbart på den övriga populationen. Det specifika målstyrda urvalet som använts i studien är kriteriestyrt urval. Ett kriteriestyrt urval innebär att respondenterna väljs ut utifrån olika kriterier (a.a.). De inklusionskriterier som använts i denna studie är 1. respondenten måste arbeta som socialsekreterare eller LSS-handläggare inom kommunen, 2. respondenten ska ha kommit i kontakt med vuxna individer med missbruksproblematik och MIF och 3. respondenten ska ha varit yrkesverksam inom yrket i minst två år. Inklusionskriterierna har valts för att säkerställa att respondenterna har erfarenhet av att ha arbetat med målgruppen. Inom socialtjänsten finns ett krav att en yrkesverksam som arbetat mindre än två år inte får ta egna beslut vilket motiverar inklusionskriteriet för att respondenten har arbetat i två år. Ytterligare en anledning till att vi valt att ha denna tidsbegränsning är att det utifrån tidigare forskning tycks vara få individer som har denna dubbla problematik. Vi vill därmed säkerställa att respondenten har mött en klient som ingår i målgruppen genom att de ska ha mer arbetslivserfarenhet. Exklusionskriterierna inbegriper individer som inte utför utredningar och som inte kommit i kontakt med individer med missbruksproblematik i kombination med MIF. Först valdes urvalet socialsekreterare som arbetat minst två år och som träffar klienter som har missbruksproblematik i kombination med MIF. Dessvärre var det svårt att engagera respondenter och därmed utökades syftet till att även inkludera LSS-handläggare.

Gällande rekryteringen av respondenter skickades ett mejl med ett bifogat informationsbrev (se bilaga 1) till socialförvaltningen i olika kommuner där mottagaren ombads att vidarebefordra mejlet till socialsekreterare som arbetar med utredning av vuxna individer. På grund av lågt svarsdeltagande sändes därefter nya förfrågningar ut till flera kommuner samt enskilda socialsekreterare inom en kommun. Efter det andra utskicket fick vi en respondent. Vi fick även kontakt med en chef som arbetar inom LSS. Genom denna chef hittades två respondenter som arbetade som LSS-handläggare. Därefter valde vi att ringa till olika kommuner för att söka fler respondenter, vilket resulterade i ytterligare tre respondenter. Det skedde ett bortfall då en av respondent missuppfattade betydelsen av MIF och intervjun kunde inte användas i relation till studiens syfte. Därmed blev det slutgiltiga urvalet tre socialsekreterare och två LSS-handläggare.

5.4. Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes med hjälp av kvalitativa halvstrukturerade intervjuer varav tre respondenter var socialsekreterare och två respondenter var LSS-handläggare. Datainsamlingen skedde i form av halvstrukturerade intervjuer. En halvstrukturerad intervju är anpassad utefter en så kallad *intervjuguide* (Nilsson, 2014). Intervjuguiden används för att undersöka vissa forskningsspecifika frågor och kan vara ett stöd för att inte glömma bort vissa frågor. Den halvstrukturerade intervjun bidrar till att respondenterna kan vara flexibla i sina svar, men även till att forskaren får en struktur i intervjun att luta sig tillbaka på. Forskaren har i en halvstrukturerad intervju mer kontroll över intervjun och denna intervjuform passar därför bra när forskaren utgår från specifika forskningsfrågor. Samma frågor ställs till alla respondenter vilket underlättar analysen när och om svaren ska jämföras med varandra (a.a.). En halvstrukturerad intervju har i denna studie valts i syfte att respondenten ska ha möjlighet att beskriva sitt arbete och sina erfarenheter på ett fritt sätt men även för att det ska finnas en

struktur att utgå från för att underlätta analysen. Intervjuerna genomfördes i dataplattformen “Zoom meetings”. Intervjuerna inleddes med en fråga om vi fick respondentens samtycke till att spela in intervjun, därefter tydliggjordes frivilligheten i intervjun och i studien. Efter det ställdes frågor utifrån intervjuguiden (se bilaga 2). Intervjuerna spelades in med en diktafon som lånades av Örebro Universitet. Efter att intervjuerna var utförda transkriberades dessa in i “Word”. Därefter skrevs intervjuerna ut och analyserades med hjälp av en tematisk analys. En tematisk analys utgår från tolkningar av respondenternas utsagor (Lindgren, 2014). När olika respondenter uttryckte sig om liknande eller samma saker skapas en kod. Kodning görs av all empiri och resulterar sedan i olika övergripande teman som skapas utifrån kodernas tematiska relationer (Lindgren, 2014). När vi analyserade empirin kodade vi transkriberingarna var för sig genom att skapa koder för uttalanden som liknade varandra. När kodningen var klar jämförde vi våra koder för att sedan skapa gemensamma teman utifrån dem. De teman som vi kartlade i empiri var; *motivation, svårigheter, möjligheter, relation till klienten, handlingsutrymme och arbetssätt.*

5.5. Litteratursökning

Litteratursökningen gällande tidigare forskning utfördes genom en initial bedömning av databaser som var relevanta för området. Bedömningen gjordes genom en översikt av Örebro universitetsbiblioteks hemsida över databaser där avgränsningen sattes till ämnesområdet “socialt arbete”. Utifrån de databaser som kom upp ansågs databasen Psychinfo vara mest relevant. I en första sökning användes följande sökord: ”intellectual disability” AND ”substance use” vilket gav 115 sökresultat. De inklusionskriterier som därefter valdes för att specificera sökningen var att studierna måste vara peer reviewed (103 resultat) för att säkerställa dess trovärdighet, skrivna på engelska (101 resultat) för att kunna förstå det som skrivits, publicerats mellan 2010–2021 (80 resultat) för att de skulle vara aktuella i dagsläget och beröra forskning som inkluderar individer som är 18 år eller äldre (55 resultat) för att matcha studiens syfte. Då det inte fanns någon nationell forskning på området gick det ej att välja svensk forskning. Svensk forskning och forskning som är skriven på svenska skulle ha varit ett inklusionskriterier om det hade funnits. Utifrån de 55 resultat som framkommit genom sökningen gjordes en översikt av alla de 55 artiklarnas rubriker för att kunna urskilja de mest relevanta för denna studie. Utifrån genomgången av rubrikerna bedömdes 15 artiklar vara av relevans. De 15 artiklarnas abstract lästes därefter igenom, vilket resulterade i att endast sex artiklar var av relevans. De artiklar som valdes bort bedömdes irrelevanta på grund av de exempelvis fokuserade på psykiatriska diagnoser eller samband mellan PTSD och IF. För att hitta ytterligare artiklar testade vi olika kombinationer av sökorden för att sedan applicera ovan nämnda avgränsningskriterier.

5.6. Tillförlitlighet i studien

Thornberg och Fejes (2015) menar att det är av vikt att kvalitetssäkra all typ av forskning. Två begrepp som framkommer vid kvalitetsgranskning av kvalitativa studier är trovärdighet och tillförlitlighet. Begreppen används för att svara på frågor om noggrannhet och systematik i forskningen men även hur trovärdiga eller tillförlitliga forskningsresultaten är. För att veta detta behöver forskaren se till hur datainsamlingen och analysen gått till väga (a.a.). Bryman (2018) beskriver att tillförlitligheten i kvalitativ forskning består av begreppen *trovärdighet,*

överförbarhet, pålitlighet och möjlighet att styrka och konfirmera. Trovärdigheten innebär hur pass trovärdigt resultatet och det som beskrivs i studien är. Trovärdigheten stärks genom att forskaren genomför studien utifrån de regler som finns (a.a.) I denna studies metodavsnitt beskrivs datainsamlingsprocessen, urval, litteratursökningen samt de etiska överväganden som gjorts på ett utförligt sätt. Vi har förhållit oss till flera olika regler såsom att använda oss av mallen för informationsbrev i studiehandledningen (Örebro universitet, 2020). Vi har även valt att inte intervjua individer under 18 år och förhållit oss till konfidentialitetskravet i största möjliga mån. Överförbarheten innebär i kvalitativa studier att göra vida beskrivningar av kontexten i vilken datainsamlingen är utförd (Bryman, 2018). Denna beskrivning resulterar i att andra forskare kan avgöra om resultaten går att överföra på en annan kontext (a.a.). I denna studie beskrivs respondenternas ålder, kön, vilken form av kommun de arbetar i samt deras yrkesroll. Respondenternas huvudsakliga arbetsuppgifter beskrivs också. Vi anser att denna redogörelse är tät och att det utifrån våra beskrivningar går att se kontexten. Gällande pålitlighet beskriver Bryman (2018) att det ska finnas en redogörelse över den process som utförts i forskningens alla faser. Därefter ska en utomstående granska texten både under utformningen av, men även efter studiens avslutande fas (a.a.). I denna studies metodavsnitt har forskningsprocessen beskrivits utförligt från vetenskapsteoretisk utgångspunkt till etiska överväganden. Intervjuguiden och informationsbrevet finns som bilagor i studien. Granskningen från en utomstående har utförts då vi haft en handledare som under studiens gång korrekturläst texten. Möjlighet att styrka och konfirmera innebär att det finns en medvetenhet om att det inte finns några objektiva svar i samhällsvetenskaplig forskning (Bryman, 2018). Forskaren ska därmed säkerställa att dess värderingar eller teoretiska synpunkter inte överförs på slutsatserna (a.a.). I denna studie baseras slutsatserna på respondenternas uttalanden, vilket styrks med citat i studiens resultatavsnitt. Utifrån hermeneutiken utgår vi från att det inte går att bli av med vår förförståelse samt att vi alltid tolkar vår omvärld. Trots detta menar vi att de slutsatser som har dragits i studien är valida och rimliga antaganden utifrån de teoretiska utgångspunkterna samt respondenternas svar.

5.7. Etik

Detta avsnitt kommer behandla de etiska övervägandena som har gjorts i studien. Kvale och Brinkmann (2014) beskriver vikten av att forskare inte ska försöka lösa de etiska konflikter som kan uppstå i en studie utan att de ska vara öppna för de dilemman som kan uppstå. Att göra rätt har olika betydelser beroende på kontext (a.a.). Att försöka hitta en lösning på ett problem som ännu inte uppstått kan tänkas resultera i att lösningen i en viss kontext blir oetisk och orätt (a.a.). Däremot har etiken och olika tänkbara etiska problem diskuterats och reflekteras under studiens gång. Bland annat har konfidentialitetskravet diskuterats forskarna emellan. Konfidentialitetskravet innebär att de uppgifter som forskaren får in om respondenterna inte ska spridas vidare (Vetenskapsrådet, 2017). Under intervjuerna valdes inspelningen att genomföras med hjälp av en diktafon som har tillhandahållits av Örebro Universitet. Diktafonen som inspelningsverktyg valdes för att undvika att information skulle lagras i molntjänster där det är lättare för obehöriga att komma åt materialet. En "end-to-end kryptering" i "Zoom meetings" användes för att mötet skulle vara svårtillgängligt för obehöriga att komma åt. Gällande transkriberingar och inspelningar av intervjuerna har dokument och andra handlingar som innehåller personuppgifter delats via USB-sticka för att undvika att

använda mejl eller andra molntjänster. Även dessa val har gjorts för att obehöriga inte ska ha tillgång till personuppgifter i förhållande till konfidentialitetskravet. Respondenterna har fått ta del av ett informationsbrev (se bilaga 1) som utformats utifrån Örebro universitets mall och innehåller information om hur vi och universitetet hanterar personuppgifter. Det har även skickats ut ett samtyckesdokument som respondenterna fått skriva under. Inför varje intervju har ytterligare information medgivits gällande respondenternas frivillighet att delta i studien. Detta för att undvika missförstånd av den skrivna texten och för att respondenterna inte ska känna sig tvingade till deltagande.

Respondenternas namn har bytts ut till pseudonymer för att undvika att deras personuppgifter ska spridas till obehöriga. Nilsson (2014) menar att det vid kvalitativa intervjuer bör reflekteras över om pseudonymer ska användas eller inte. Han menar att om det benämns vilken arbetsplats respondenten arbetar på kan det riskera att dennes identitet avslöjas. Vi har valt att använda pseudonymer till respondenternas namn och vi har även undvikit att benämna namnet på kommunerna. De uppgifter som finns om respondenterna är vilken yrkesroll de har, antal år i yrket och storleken på kommunen. Dessa val har vi gjort för att undvika att respondentens identitet avslöjas. Att göra olika kopplingar mellan grupper av individer kan resultera i att dessa grupper diskrimineras (Vetenskapsrådet, 2017). Det kan tänkas att individer som har missbruksproblematik i kombination med MIF genom denna studie blir stigmatiserade, speciellt inom socialtjänsten då vi beskriver svårigheter som våra respondenter uppfattat. Däremot kan det även tänkas att studien bidrar till att forskning om denna dubbla problematik blir mer frekvent och att det därmed skapas nya metoder för att arbeta med den.

6.0. Resultat och analys

I detta avsnitt kommer resultatet från de kvalitativa intervjuerna att presenteras och analyseras med hjälp av *professionsteori* samt de relaterade begreppen *yrkeskompetens*, *arbetsallians*, *handlingsutrymme* och *samverkan*. Avsnittet kommer att delas upp i följande rubriker som framkommit under den tematiska analysen av materialet; *Förekomst av MIF i missbruk*, *Förhållningssätt*, *Möjligheter och svårigheter*, *Skillnader i förhållande till individer utan MIF*, *Handlingsutrymme* och *Samverkan*. Vissa rubriker kommer att delas in i underrubriker. Avsnittet kommer inledas med en tabell där bakgrundsinformation om de respondenter som har deltagit i studien presenteras. Respondenternas namn har ändrats till pseudonymer av hänsyn till konfidentialitetskravet. Namnen kommer kompletteras med “sekr.” och “LSS” för att visa om respondenten är socialsekreterare eller LSS-handläggare. De citat som respondenterna har uttryckt under intervjuerna har omformulerats då tilläggsord som “eh” och “hmm” har tagits bort. Detta på grund av att texten ska bli enkel att läsa.

6.1. Presentation av respondenter.

Tabell 1. Respondenter

Respondent	Yrkesroll	Erfarenhet av arbete med missbruk och MIF	Kommunstorlek
Ulf	Socialsekreterare på	32 år	Liten kommun

	vuxenenhet		
Lars	Socialsekreterare på missbruksvårdens mottagnings- och utredningsenhet	6 år	Mellanstor kommun
Rebecka	Socialsekreterare på beroendeenheten	2 år	Storstadskommun
Amelia	LSS-handläggare	2 år	Storstadskommun
Linnea	LSS-handläggare	2 år	Storstadskommun

Både socialsekreterarna och LSS-handläggarna är socionomer i grunden och arbetar med myndighetsutövning, däremot skiljer sig deras arbete åt på vissa sätt. Socialsekreterarna arbetar med missbruksproblematik och utreder hjälpbehov utifrån detta. De har möjlighet att bevilja insatser till klienter som inbegriper behandlingar eller andra insatser för att komma ifrån sitt missbruk. Socialsekreterarna har även befogenhet att tvångsomhänderta individer genom Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). LSS-handläggarna har däremot inte någon befogenhet att bevilja behandlingsinsatser för missbruk utan utgår från LSS-lagstiftningen (IVO, 2016a). De insatser LSS-handläggarna kan bevilja är stödinsatser i vardagen som exempelvis boendestöd eller daglig sysselsättning. Vidare förklarar LSS-handläggarna att deras insatser är frivilliga och att det inte finns någon form av tvång i deras insatser.

6.2. Förekomst av MIF i missbruk

Gällande förekomsten av individer med den kombinerade problematiken missbruk och MIF berättar de flesta av respondenterna att denna målgrupp inte är särskilt stor procentuellt sett. Ulf ssekr beskriver att *“de har ju dykt upp genom åren, men de har ju fått, så att säga annan hjälp...sen har vi några naturligtvis som blir kvar i det här då”*. Lars ssekr menar att han möter klienter där han anar att klienten har en MIF, men som inte har blivit diagnostiserad.

[...]det som blir det riktigt svåra när man märker att här finns det ju några så här, hyfsat uppenbara, liksom kognitiva brister, men man, vi kan ju inte sätta diagnoser [...] Lars ssekr .

Rebecka ssekr uppger i början av intervjun att mer eller mindre alla hon träffar har en intellektuell funktionsvariation. Det visade sig dock att hon först antog att MIF var synonymt med neuropsykiatriska (NP) diagnoser och utgick framför allt från attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), vilket hon menar är vanligt förekommande hos individer som har ett missbruk. Efter ett tydliggörande av diagnosen ändrade Rebecka sitt svar: *“ [...] då blir det lite annorlunda för det har verkligen inte alla”* men att hon hade mött dessa klienter några gånger. Hon berättar därefter att hon träffar klienter som hon ibland misstänker har någon form av MIF, men att de klienterna inte har blivit diagnostiserade. Rebecka menar att *“ibland är det tyvärr så att vissa personer kan ju gå under radarn”*. Linnea LSS berättar att *“det är ju inte jätteofta som kanske...ja som man vill erkänna att det finns en missbruksproblematik”*. Hon menar även att *“det är ju inte alla som, som ens vill ansöka om hjälp för sitt missbruk”*. LSS-handläggare Amelia betonar, likt Linnea, att det förekommer svårigheter gällande att få

individer med MIF att ansöka om insatser, då individen inte alltid “...själv ser att den har en problematik med missbruk”. Hur klienterna med denna dubbla problematik kommer i kontakt med respondenterna varierar. Socialsekreterarna förklarar att klienterna i vissa fall själva söker hjälp, men att det också är vanligt att klienternas anhöriga eller andra professionella tar kontakt med socialsekreterarna i klientens ställe. LSS-handläggarna förklarar att klienterna kommer i kontakt med dem genom att klienterna själva söker hjälp, men även genom boendepersonal som hör av sig. Om klienten själv söker hjälp uppger alla respondenter att de får vetskap om diagnosen genom utlåtanden från sjukvården eller psykiatrin. Lars ssekr menar dock, som nämnts, att det inte alltid finns en diagnos ställd hos klienten men att problematiken ändå är tydligt i mötet.

6.3. Förhållningssätt i arbetet med målgruppen

Majoriteten av respondenterna beskriver att arbetet med klienter som har dubbeldiagnosen missbruk och MIF till stor del bygger på anpassning. Linnea LSS berättar att det är viktigt för klienter med denna problematik att information förmedlas på ett begripligt och lättillgängligt sätt. Hon ger exempel på att klienter med denna problematik kan ha lättare att svara på “stängda frågor” (frågor där klienten kan svara ja eller nej) i stället för “öppna frågor” (där klienten ska ge mer beskrivande svar) och att hon själv behöver avgöra vilken samtalsmetodik som fungerar bäst beroende på klienten.

Man talar ju kanske mycket om att det är bra med öppna frågor till exempel i stället för stängda frågor, men för en person med en intellektuell funktionsvariation så är det inte det enklaste att svara på en öppen fråga [...] Linnea LSS.

Ulf ssekr menar precis som Linnea LSS att sättet att samtala med målgruppen ter sig annorlunda i förhållande till klienter som inte har MIF. Ulf ssekr uttrycker att “*då blir ju innehållet lite annorlunda i samtalet... man pratar ju med barn på något sätt*”. Lars ssekr antyder att “*man får ju verkligen tänka outside the box när man jobbar med någon som har intellektuell funktionsnedsättning*”. Han hävdar också precis som Linnea LSS och Ulf ssekr att man som myndighetsperson behöver tänka på hur man pratar med en klient med denna problematik, men också “*hur man införskaffar information*” om klienten. Amelia LSS berättar att vid kartläggning av vad för typ av insats en klient inom denna klientgrupp kan tänkas behöva, måste insatsen anpassas utifrån klientens behov.

Man kan inte bara liksom sätta dem på vilket behandlingshem som helst, utan man måste ha förståelse för den klientgruppen och hur behoven kan anpassas efter den personen. Amelia LSS.

Rebecka ssekr menar precis som Amelia LSS att i arbetet med klientgruppen behöver man “*försöka matcha behovet med de resurserna man har*”. Rebecka ssekr berättar att “*alliansen med socialsekreteraren är jätteviktig för förändringsarbetet*”. Hon menar att relationen till klienten är viktig för att klienten ska nå förändring i sin situation. Däremot betonar hon vikten av att “*man får ju inte glömma bort att man jobbar på en myndighet och att vi har riktlinjer att förhålla oss till*”.

Eide och Eide (2006) menar att arbetsalliansen bildas genom god kommunikation mellan den yrkesverksamma och klienten samt att arbetsalliansen baseras på olika avtal som berör

exempelvis mål och tillvägagångssätt. Man kan anta att respondenterna påbörjar en arbetsallians genom att anpassa sig till klienter med missbruk och MIF. Respondenterna berättar att samtalsmetodiken vanligtvis anpassas utifrån klientens kognitiva- och sociala förmåga. Med andra ord kan det tänkas att respondenterna förhåller sig till klientens kapacitet att förstå information vid upprättande av arbetsalliansen. Amelia LSS antyder att hon upplever arbetet med denna klientgrupp som *“en av de svåraste klientgrupperna att arbeta med”* och att *“man får ofta hitta andra vägar”*. Svensson et. al. (2008) menar att professionella utifrån professionsteori på den individuella nivån skapar tillvägagångssätt och kompetenser utifrån olika situationer som de hamnar i, likt en slags process i yrkeslivet. Det går därmed att anse att respondenterna som intervjuats ständigt utvecklar sitt förhållningssätt gentemot individer med missbruk och MIF. Ju längre erfarenhet de har av arbetet med klienterna desto mer kunskap får de, vilket kan tänkas resultera i att de kan tillgodose klienternas behov på ett mer tillfredsställande sätt. Lars ssekr förklarar att ärenden där klienten har MIF ofta handläggs av socialsekreterare med längre erfarenhet då det ofta krävs fler insatser och större samverkan.

[...] men oftast de personer som har det här dubbla eller ja, just den här specifika problematiken som ni frågar efter, har mycket mer insatser och kräver mycket mer, så man brukar inte ge det förrän man har lite erfarenhet. Lars ssekr.

Svensson et. al. (2008) menar att yrkeserfarenhet räknat i antal år antas ha en påverkan på graden av den professionalisering som skett. Utifrån Lars ssekr påstående går det därmed att se en koppling till att yrkeserfarenheten har en påverkan på arbetet med individer som både har missbruk och MIF. Gemensamt för både socialsekreterare och LSS-handläggare var att de menar att man ofta får förlita sig på att anhöriga eller andra professionella kontakter har bakgrundsinformation gällande klienten om klienten inte kan redogöra för den själv.

Är det så att personen för sin egen talan eller finns det en god man eller någon annan som har fullmakt, som företräder individen, eller bor individen på till exempel LSS-boende [...] då har vi ju kontakt med personalen på boendet [...]. Linnea LSS.

Alla socialsekreterarna menade även att det fanns en skillnad i mötet med just denna klientgrupp i förhållande till klienter utan MIF. Gemensamt för alla socialsekreterare var att de i vanliga fall använder sig av ett intervjuformulär kallat ASI men att de, i ärenden där klienten har MIF ibland behöver fråga detta.

[...] Så brukar vi göra en ASI sen till exempel klienter med MIF gör vi inte ASI på för det inte är lämpligt. Men det beror lite på också hur det ser ut [...] hur mycket sinnesnärvaro har de och koll på sin omvärld. Lars ssekr.

Ulf ssekr berättar att i stället för att genomföra standardiserade ASI-utredningar används något han kallar för *“mer klassiska utredningar”*. Där intervjuar han klienten och antecknar klientens uttalanden för hand. Han ställer frågor som berör familjesituation, bostadsförhållanden och intresseområden och menar att *“det blir ju mer en intervju-utredning om man säger så”*. I kontrast till det socialsekreterarna berättade menade LSS-handläggarna att det inte finns så stora skillnader i jämförelse med de som inte har MIF.

[...] det gäller egentligen samma sak som en person utan intellektuell funktionsvariation bara att du behöver anpassa arbete runt omkring mycket mer eller på ett annorlunda sätt helt enkelt. Amelia LSS.

Både socialsekreterarna och LSS-handläggarna menar att klienter med missbruk i kombination med MIF behöver långvariga insatser och stöd under längre tid. Om de tar sig ur missbruket kan de ändå behöva livslånga insatser för sin funktionsvariation. Lars ssekr betonar vikten av att ha tålamod med klienterna och att han har haft vissa klienter i tre år där de fortfarande talar om samma saker som de gjorde i det initiala mötet. Ulf ssekr menar även att han har haft klienter med denna dubbla problematik som har varit med honom upp till 30 år. Gemensamt för både socialsekreterare och LSS-handläggare är att de uppger att de gärna beviljar kortare insatser för att kunna göra täta uppföljningar. Linnea LSS förklarar att: “[...]man hellre sätter kortare beslut på insatser för att kunna ha täta uppföljningar och hela tiden kunna vara med i processen [...]”.

6.4. Möjligheter och svårigheter

Respondenterna har uppgett fler svårigheter än möjligheter hos målgruppen. Amelia LSS är den enda respondent som uppgett stora förhoppningar för målgruppen.

[...] om de bara kommer på rätt sida av missbruket så och får det stöd fortsatt som de behöver så finns det jättemycket möjligheter att bli fri från sitt missbruk och inte hamna där igen [...] Jag skulle säga att det finns väldigt mycket hopp för den här klientgruppen i alla fall till att bli fri från sitt missbruk just för att de kanske inte har så stort socialt umgänge till exempel eller blir väldigt utnyttjade av sitt umgänge men kanske också har lättare att ta avstånd från det.

Amelia LSS.

Linnea LSS förklarar att “*någonstans blir det ju kanske ibland att man måste, liksom ta tag i svårigheterna för öppna upp för möjligheterna*” medan Lars ssekr menar att han bara ser svårigheter i arbetet med klientgruppen. Rebecka ssekr hävdar att “*svårigheterna kommer ändå om jag pratar om möjligheterna*”. Alla respondenter uppger att arbetet med den specifika klientgruppen är svårt. De svårigheter respondenterna berättar om är bland annat utredningssvårigheter gällande vilket/vilka behov klienten har och att hitta passande insatser. Något annat både socialsekreterarna och LSS-handläggarna påpekar är brister i samverkan med andra aktörer såsom sjukvården samt låg motivation hos klientgruppen. Ulf ssekr förstår det som att målgruppen är längst ner i hierarkin bland grupper av missbrukare och att de blir utnyttjade, inte minst av missbrukare. Ulf ssekr menar att “[...] de förstår som inte faran med det där riktigt”. Lars ssekr menar att denna klientgrupp ofta gör det de mår bra av i stunden trots att detta är emot deras eget bästa vilket han ser som en svårighet. Vidare exemplifierar han det gällande en klient med MIF som fick behandling i form av kognitiv beteendeterapi (KBT):

...då ska hon dels kunna tillgodogöra sig kunskapen på en teoretisk nivå sen ska hon kunna bearbeta den och liksom utföra den praktiskt och hade ju inte de förmågorna. Lars ssekr.

6.5. Motivationsarbete

Flera respondenter uppger att arbetet med klienter som har missbruksproblematik och MIF är komplext men också spännande. Linnea LSS förklarar att det kan vara svårt att veta vad som

beror på missbruket och vad som beror på den intellektuella funktionsvariationen. Nästan alla respondenter har uppgett att de ser motivationsbrist som en svårighet hos klienter med MIF.

Alltså finns inte självinsikten, finns inte motivationen, finns liksom inga som helst tankar på att jag vill förändra min situation så är det jäkligt svårt att liksom komma någon vart. Linnea LSS.

Lars ssekr förklarar att klienterna som har denna dubbla problematik ofta inte själva vet vad de ansöker om:

De ansöker inte om någonting specifikt, utan det är mer att de vill ha vård men det är svårt att veta vilken sorts vård [...] det har inte varit klienter som har varit så här bara ja jag behöver det här [...] utan det har varit mer min mamma pratade med mig och jag vill ansöka om vård för missbruksproblem. Lars ssekr.

Ulf ssekr berättar att man som socialsekreterare ibland behöver påminna klienterna med denna problematik om att göra information som de fått till sig för att komma framåt med insatserna. Han menar att denna klientgrupp är *“svårmotiverade att göra någonting”* när de har hamnat i en umgängeskrets där de upplevs bli bekräftade. Ulf ssekr anser därmed att det är viktigt att ta reda på vad klienten har för intressen för att kunna utgå från- och rikta fokus och motivation mot det i stället. Flera av respondenterna betonar vikten av att klienterna får en annan, mer positiv sysselsättning för bland annat motivationens skull. Motivationen kan ibland uppstå utifrån en sysselsättning eller daglig verksamhet som klienterna får som insats. Ulf ssekr menar att det gäller *“att hitta de här att man väljer att göra sitt intresse som jag tycker är kul i stället för att vara med mina dåliga kompisar”*. Både socialsekreterare och LSS-handläggare uppger dock att det är de så kallade utförarna, det vill säga de som utför behandlingar och andra insatser, som genomför majoriteten av motivationsarbetet. De menar dock att även de som arbetar på myndighet behöver kunna motivera klienterna. Ulf ssekr förklarar att det är viktigt med en tät kommunikation för att påminna och motivera klienten. Han menar även att det krävs *“en dåres envishet”* i arbetet med klienter som har MIF. Vidare menar han att när man arbetar med dessa individer är det viktigt att ha extra kontakt lite som en kontrollfunktion. Han säger att han ofta ringer och påminner dem om framtida möten och att han går förbi ett fik och pratar med dem. I alla intervjuer framkommer det att klienter med denna problematik bristande insikt i sin problematik. Lars beskriver att insiktsbristen kan gälla sin funktionsvariation och andra respondenter menar brist på insikt gällande sitt missbruk.

Svensson et. al. (2008) menar att professionalitet kan visas genom att den professionella har kunskap om modeller och metoder och genom förenkling kan översätta dessa till andra organisationer. En möjlig tanke är att det inte bara ska gå att översätta modellerna till andra organisationer utan även till klienter som har olika behov och funktionsvariation. Respondenterna uppger att de ofta behöver anpassa sitt motivationsarbete och sina metoder utifrån klientens förmågor. Det krävs tätare uppföljningar, ett stort engagemang och även en anpassning av samtalsmetodiken för att arbeta med denna klientgrupp. Det kan därför antas att det även krävs god kunskap om dessa metoder och de arbetssätten för att kunna förenkla och överföra olika arbetssätt till klienter som har MIF.

6.6. Relationen till klienten

Alla respondenter uppger att relationen till klienten är viktig i arbetet med MIF. Relationen öppnar upp för ett förtroende vilket gör att man kan prata om problematiken men även att klienterna tar till sig informationen och förslagen som respondenterna ger. Rebecka ssekr menar att alliansen mellan socialsekreterare och klient är mycket viktigt för förändringen av klientens livssituation, men att det även är viktigt att ha i åtanke att man jobbar på en myndighet. Medan Ulf ssekr menar att det är annorlunda och att man blir mer som en förälder på något sätt och att “[...]man får bjuda lite på sig själv... som en samtalssituation”. Ulf ssekr säger även att “man får bli lite förälder på något sätt i det hela”. Lars ssekr betonar vikten av att klienterna inte är inkompetenta utan tänkande individer som har en förståelse av sin omvärld

Där de förstår, eller ja där man kan få dem att förstå, inte varför det är dåligt för de är inte dumma liksom. De fattar ju att det är dåligt [...] Lars ssekr.

Yrkeskompetensen består av handlingskompetens och relationskompetens (Røkenes & Hanssen, 2016). Handlingskompetensen innebär den professionellas kunskap om sina arbetsmetoder medan relationskompetensen används för att skapa, upprätthålla och avsluta relationer. Relationskompetensen bygger på en självkänedom vilket även kan göra att den professionella kan sätta sig in i klientens situation och möta klienten där hen är just nu (a.a.). Ulf ssekr har en lång erfarenhet av sitt arbete och det kan tänkas att han vet hur han kan agera i de situationer och med de klienter han ställs inför. Han har ofta god kännedom av sina klienter då han bor i en mindre kommun. Det kan antas att Ulf ssekr när han säger att det är som att vara förälder till dessa klienter har en god relationskompetens. Han anpassar sitt förhållningssätt gentemot dem för att möta dem där de är just nu. Rebecka ssekr som inte har lika lång erfarenhet och arbetar i en större kommun har kanske inte lika god kännedom om sina klienter och vet därför inte vad som fungerar i det specifika fallet vilket kan vara en anledning till att hon beskriver det som att det är viktigt att inte glömma bort sin myndighetsutövning. Då hon inte har lika lång arbetserfarenhet kan det tänkas att hennes relationskompetens inte är lika utvecklad som Ulfs ssekr. En annan hypotes kan vara att utbildningen för att bli socionom har förändrats sedan Ulf ssekr utbildade sig, vilket kan vara en anledning till att deras synsätt skiljer sig åt.

Eide och Eide (2006) förklarar om en god arbetsallians skapas i ett tidigt skede i mötet med klienten kommer utfallet bli mer positivt. Flera respondenter förklarar även att relationen är viktig till en början men att det senare blir viktigare att utförare och behandlare skapar relationer till klienten.

det är våra utförare som [...] arbetar närmast klienterna skulle jag säga. Sen är ju vi med och är de kom bedömer och beslutar vilket behov av stöd individen ska få men det är ju våra utförare som [...] arbetar för att liksom uppfylla de mål som finns. Linnea LSS.

I början behövs alliansen för att skapa trygghet och tillit till den professionella för att kunna överväga de insatser som rekommenderas då de flesta insatser är frivilliga. Att de professionella uppfattar att relationen är viktigast i början kan därmed tänkas vara av vikt för att motivera klienten på bästa sätt samt för att klienten långsiktigt ska nå en förändring av sin livssituation. Den relation som uppstår mellan den professionella och klienten kan även tänkas ha en positiv

inverkan på klientens förtroende för socialtjänsten och resultera i att den är mer mottaglig för insatserna som erbjuds samt känner ett större förtroende för utförarna. Det arbete som de yrkesverksamma gör i början av relationen kan anses öka chansen att klienten kommer ifrån sitt missbruk.

Eide och Eide (2006) menar även att arbetsalliansens utveckling påverkas av klientens känsla av självbestämmande. Amelia LSS förklarar att det är viktigt för henne att klienten är delaktig i mötet. Hon är noga med att ställa frågor direkt till klienten och att hon inte pratar över huvudet på klienten. Genom att inkludera klienten och uppmana till självbestämmande kan det antas att arbetsalliansen stärks och att klienten blir mer engagerad i förändringen av sin livssituation. Arbetsalliansen bygger på att en fungerande och konkret kommunikation (Eide och Eide, 2006). Flera respondenter beskriver vikten av tydlighet i mötet med klienter som har MIF. De menar att det är viktigt att måla upp en bild för klienten och anpassa sig utefter dess förmågor. Ibland kan det krävas slutna frågor för att klienterna ens ska kunna svara och ibland kan klienten behöva begränsas i sina svar. Ytterligare en metod respondenterna använder sig av är metaforer.

[...] det var till exempel en klient man förklarade att för honom [...] att han hade en allergisk reaktion mot alkohol. Det blev då väldigt tydligt för honom att ja det är därför jag mår dåligt. Lars ssekr.

Det kan tänkas att tydlighet i kommunikationen är ännu viktigare gällande klienter som har MIF för att skapa en trygghetskänsla och förtroende för den professionella då de har svårt att förstå abstrakta resonemang.

6.7. Handlingsutrymme

Gällande handlingsutrymme uppger två av tre socialsekreterare att de upplever sitt handlingsutrymme som stort, medan LSS-handläggarna samt en socialsekreterare beskriver sitt handlingsutrymme som varierande. Ulf ssekr menar att han har stort handlingsutrymme och kopplar det till att han och hans kollegor är rutinerade i yrket. Ulf ssekr har arbetat inom sitt yrke i 32 år och menar att de träffar chefen "*någon gång ibland bara*". Han påstår även att det ibland kan vara nödvändigt att hitta kryphål i olika riktlinjer eller tänja på gränser för klientens bästa. Lars ssekr upplever även han sitt handlingsutrymme som stort. Han menar att de organisatoriska begränsningarna är relativt få och att han får igenom de beslut han tar trots att det är enhetschefen som har det yttersta ansvaret. Han menar även att det inte bara är organisatoriska förhållanden att ta hänsyn till utan även klienten. Det finns en flexibilitet i arbetet med människor och det krävs att socialsekreteraren kan ta hänsyn till denna men även de organisatoriska förhållandena, riktlinjer och lagar. Rebecka ssekr menar att hennes handlingsutrymme kan se "*lite annorlunda ut*". Hon hävdar att majoriteten av beslutsfattande går genom chefen men att hon har stor möjlighet att påverka besluten. Rebecka ssekr berättar att de som arbetar på hennes arbetsplats behöver ta stor hänsyn till budget och att "[...] *man är ju lojal mot organisationen och samtidigt ser man behovet hos klienten och det är ju ibland inte jättelätt liksom*". Linnea LSS hävdar även hon att hennes handlingsutrymme är stort men förklarar liksom flera av de andra respondenterna att det är chefen som har det absoluta beslutsfattandet. Hon menar även att det inte går att gå utanför de lagar och riktlinjer som hon arbetar med.

Svensson et. al. (2008) menar att handlingsutrymmets storlek påverkas av den professionellas förkunskaper och erfarenheter. Det kan därmed tänkas att Ulf ssekr både upplever ett större handlingsutrymme och har fler valmöjligheter då han har betydligt mer arbetslivserfarenhet än både Linnea LSS och Rebecka ssekr. Linnea LSS å andra sidan har mer samverkan med sin chef då hennes arbetsplats ansvarar över det de första åren som yrkesverksam. Lars ssekr har inte lika mycket erfarenhet som Ulf men fortfarande mer erfarenhet än Linnea LSS och Rebecka ssekr. Det kan tänkas att även hans handlingsutrymme ökar med arbetslivserfarenheten. Det kan även tänkas att graden av professionalitet i yrkesrollen stiger med stigande erfarenhet av yrket. Svensson et. al. (2008) professionaliteten ökar utifrån hur många år en professionell har varit yrkesverksam. En stigande professionalitet innebär mer kunskap om metoder och modeller som går att använda i arbetet och kan därmed tänkas att respondenterna som har längre arbetslivserfarenhet har en högre grad av professionalitet.

Svensson et. al. (2008) menar att det utifrån handlingsutrymmet kan uppstå etiska dilemman för socialarbetaren då de behöver förhålla sig till klientens behov men samtidigt till organisatoriska förhållanden. Som Rebecka ssekr beskriver behöver hon ta hänsyn till budgeten men hon ser även klientens behov vilket kan tänkas resultera i ett etiskt dilemma. Detta etiska dilemma kan enligt Svensson et. al. (2008) förhindras genom att klientens behov lokaliseras och kopplas till organisationens uppgifter. När de organisatoriska begränsningarna är i form av budgetbegränsningar kan det tänkas att detta etiska dilemma blir svårt att undvika.

6.8. Samverkan med andra aktörer

Alla respondenter uttrycker att samverkan är viktigt i arbetet med klienter som har missbruksproblematik i kombination med MIF men att den ofta är bristfällig. Lars ssekr uppger att i de sammanhang när klienten har uppenbara kognitiva brister men där klienten inte blivit diagnostiserad kan det vara svårt att samverka med vissa instanser. Han menar att det kan vara väldigt svårt att engagera LSS-handläggare i ett ärende där klienten inte har någon diagnos. När klienten har en diagnos tycks det även då brista i samverkan mellan socialsekreterare och andra instanser.

Tyvärr är det väldigt många gånger där allt fokus läggs på missbruket och det är något jag kan känna jättestor frustration över. För det är som att ni måste reparera den här delen utan att ni ska få de här verktygen för att kunna fixa det. Lars ssekr.

Även Rebecka ssekr menar att det brister i samverkan, speciellt mellan kommunen och regionen. Hon förklarar att klienterna hamnar mellan stolarna trots att både kommun och region har gjort allt de ska på, rätt sätt. Hon uttrycker även en frustration över att regionen lägger mycket ansvar på kommunen, speciellt med klienter i målgruppen.

[...] om man är somatiskt sjuk till exempel även där så fritar sig regionen ganska mycket ansvar och lägger på kommunen där vi inte alls har någonting med det att göra.... Det är jättekomplicerat. Rebecka ssekr.

Hon menar även att det under Samordnad individuell planering (SIP)-möten är krav på att alla parter som blivit kontaktade ska vara med på mötet men att läkaren ofta bara är med under några minuter vilket hon ser som en brist i samverkan. Ulf ssekr berättar att när insatser ges till individer med denna problematik måste det finnas en samverkan mellan olika yrkesroller för

att insatsen ska kunna vara genomförbar. Han beskriver även att yrkesverksamma inom hans avdelning som har kunskap om missbruk och yrkesverksamma som har kunskap om intellektuella funktionsvariationer behöver hjälpas åt i ärenden med den berörda målgruppen.

Svensson et. al (2008) menar att en fungerande samverkan kan vara av avgörande vikt för att hjälpsökande individer ska få sina behov tillgodosedda. Forskarna betonar även att det är vanligt att hjälpsökande har någon typ av samsjuklighet, vilket medför att samverkan blir extra viktig för att klienterna ska få den hjälp de är i behov av (a.a.). Det går därmed att anse att samverkan mellan flera aktörer såsom socialtjänsten, psykiatri och funktionshinderomsorgen behöver fungera för att målgruppen ska kunna få sina behov tillgodosedda, men också för att minska risken att klienterna "faller mellan stolarna". Lars ssekr och Rebecka ssekr uttrycker att samverkan med andra organisationer som de tar kontakt med gällande klienter med MIF och missbruk behöver förbättras. Utifrån Danermark (2004) går det även att tolka in ett relationellt maktperspektiv i förhållande till samverkan. Detta maktperspektiv kan anses finnas i det exemplet som Rebecka ssekr berättar gällande att läkaren enbart deltar i SIP-möten några minuter innan hen behöver gå vidare. Danermark (2004) menar att en läkares ord och bedömning prioriteras före en socialarbetares. Detta på grund av att läkare som profession anses ha högre status än en socialarbetare (a.a.). På SIP-mötena tycks läkaren ha ett större handlingsutrymme och tänjer på de regler som finns för sammankomsten. Det kan tänkas att samverkan kunna bli bättre om läkaren deltar genom hela SIP-möten för att kunna ta del av och diskutera klientgruppens fortsatta behandling. Läkaren kan anses ha en central roll utifrån ett medicinskt perspektiv och kan därmed tänkas behövas under behandlingens/insatsernas alla delar, vilket i sin tur kan anses gynna klientgruppen.

Svensson et. al. (2008) förklarar även att det finns tre olika faktorer som påverkar samverkan nämligen organisatoriska former, regelsystem och kunskapstraditioner. Lars ssekr förklarar att det kan vara helt omöjligt att samverka med exempelvis funktionsstödsförvaltningen i ett ärende där klienten har en missbruksproblematik och en förmodad MIF men där klienten inte har en fastställd diagnos. Det kan tänkas att bristen i samverkan i detta fall beror på att de olika organisationerna har olika regelsystem och kunskapstraditioner. Funktionsstödsförvaltningen utgår från LSS-lagstiftning vilket är en rättighetslag och kräver att de individer som kan utnyttja den finns inom vissa personkretsar. Om klienten i detta fall inte har en fastställd diagnos omfattas den inte av LSS lagstiftning och kan därmed inte bli ett föremål för funktionsstödsförvaltningen vilket i sin tur kan resultera i att klienten blir lidande. I form av kunskapstraditioner kan det tänkas att synen på missbruk och på hur en individ ska komma ifrån sitt missbruk varierar från organisation till organisation. Lars och Rebecka menar att det ofta läggs mycket vikt vid missbruket och att andra hjälpbehov blir satta åt sidan vilket resulterar i att klienten kanske inte kan tillgodogöra sig behandlingen.

7.0. Diskussion och slutsatser

I detta avsnitt kommer studiens resultat och analys diskuteras i förhållande till tidigare forskning. För att besvara studiens frågeställningar kommer vi dra slutsatser utifrån den insamlade empirin och analysen kopplat till tidigare forskning och aktuell lagstiftning. Syftet med studien är att undersöka tre socialsekreterares respektive två LSS-handläggares arbete med

utredning och uppföljning av behandlingsinsatser för individer över 18 år med missbruksproblematik i kombination med MIF.

7.1. Diskussion

Den första frågeställningen i studien var “Hur upplever socialsekreterare respektive LSS-handläggare arbetet med klienter som har missbruksproblematik i kombination med MIF?”. Tidigare forskning visar att det är mindre vanligt med missbruksproblematik i kombination med MIF, ungefär sex procent av alla missbrukare har en MIF (VanDerNagel et. al., 2014, s. 809). Även respondenterna i denna studie menar att det är mindre förekommande med klienter som har MIF och vissa respondenter som var socialsekreterare misstog till en början begreppet MIF som synonymt med neuropsykiatriska diagnoser. Det framkom att de socialsekreterare som hade längst erfarenhet direkt förstod vad vi menade med begreppet MIF och även hade mött klienter som har missbruksproblematik och MIF fler gånger. LSS-handläggarna förstod även de vad vi menade med begreppet MIF vilket kan tänkas bero på att deras arbete endast berör individer med olika funktionsvariationer. John och Schrandt (2019) undersökte socialarbetarstudenters förmåga att uppfatta om en hjälpsökande har en IF. Resultatet visade att studenterna hade lätt att uppmärksamma funktionsvariationer som exempelvis Down syndrom, men gällande MIF och autism hade de svårare att urskilja funktionsvariationerna (a.a.). Det kan tänkas att det krävs längre erfarenhet inom yrkesrollen som socialsekreterare för att kunna urskilja om en klient har en MIF.

Alla respondenter uppgav att de upplever klienter som har missbruksproblematik i kombination med MIF är en av de svåraste klientgrupperna att arbeta med. McLaughlin et. al. (2009) förklarar att individer som har missbruksproblematik i kombination med MIF oftast inte söker hjälp för sitt missbruk. Även respondenterna menar att många klienter som har denna problematik ofta kommer till socialtjänsten på någon annans inrådan. Det kan vara en anhörig som har uppmanat klienten att söka hjälp och stöd. Både socialsekreterare och LSS-handläggare upplever även att klienternas insikt i sin problematik ofta har brister och att de kanske inte själva vet vad de gör hos myndigheten vilket även till viss del kan tänkas bero på att de inte tagit initiativet att gå dit själva. Individer som söker hjälp för sitt missbruk och som uppvisar olika kognitiva svårigheter kan behöva ytterligare hjälp och mer anpassad behandling för att hjälpbehoven ska tillgodoses (Braatveit, et. al., 2018). Trots den brist på forskning som finns gällande behandling för klienter som har MIF finns det forskning på att klienter som har MIF i lägre utsträckning deltar i och engagerar sig i behandlingsprogrammen vilket kan tänkas påverkas av att individer med MIF ofta har brist på motivation (Carrol Chapman & Wu, 2012; Salavert, 2018; Duijvenbode & VanDerNagel, 2019). Detta är något som även respondenterna i studien upplever. De beskriver att de ofta behöver ha flera möten där de motiverar klienterna till att söka frivilliga insatser.

På grund av att klienter med MIF ofta har brist på motivation menar både socialsekreterare och LSS-handläggare att de har täta uppföljningar med klienterna när de väl har påbörjat en behandling. De upplever däremot att det motivationsarbete de utför endast är en liten del då det är insatsernas utförare som behöver göra det stora motivationsarbetet under hela behandlingens gång. I intervjuerna har det framkommit att arbetet med målgruppen kräver en viss flexibilitet.

Att förlita sig på att klienten ska kunna svara på öppna frågor eller redogöra för sin egen bakgrund är inte helt självklart. För att klienten ska ta emot motivationsarbetet och de förslag på insatser som de professionella gör menar respondenterna att det är viktigt att skapa en relation till klienten. Relationen eller arbetsalliansen som det också kallas får anpassas efter klientens kognitiva och sociala förmåga samt utefter hjälpbehovet. Arbetsalliansen skapas därmed genom att vara flexibla i mötet och i sitt eget tänkande gällande både insatser och motivationsarbete. Det krävs även en viss grad av handlingskompetens i arbetet med klienter som har missbruksproblematik och MIF. Då klienterna enligt respondenterna ofta inte själva vet vad de ansöker om är de instrumentella färdigheterna av vikt i arbetet. De professionella behöver ha kunskap om vilka behandlingshem som är inriktade på MIF och vilka insatser som finns tillgängliga för att kunna rekommendera något som skulle passa klientens behov.

Majoriteten av socialsekreterarna som arbetar med klientgruppen anser sitt handlingsutrymme vara relativt stort. Däremot kan det uppstå etiska dilemman där den professionella har olika lagar och riktlinjer i form av bland annat budgetkrav som står i vägen för klientens behov. Det kan även tänkas att det kan uppstå etiska dilemman när klienten inte har insikt om sin problematik och inte vill ansöka om insatser trots att den professionella ser stödbehovet. Den professionellas händer blir därmed bundna då den måste förhålla sig till lagen och enligt 3 kap 5 § SoL måste utforma alla insatser i samförstånd med klienten. Klienten kanske inte själv har insikt i sin egen problematik och därmed vill ansöka om insatser som inte möter hjälpbehovet. I detta läge kan den professionella inte göra mer än att försöka motivera klienten att söka andra insatser.

Studiens andra frågeställning lyder: "Hur ser samverkan ut mellan socialsekreterare respektive LSS-handläggare och aktörer från andra verksamheter?". Utifrån denna går det även att se att flertalet socialsekreterare hävdar att de möter många klienter som de misstänker har en MIF, men som inte har blivit diagnostiserad. Braatveit, et. al. (2018, s. 203–204 & 212) menar att det med hög sannolikhet går att hävda att många av de individer som är beroende av någon form av substans, och har någon form av hjälpkontakt, också har en IF som inte blivit diagnostiserad. Det går därmed att anse att arbetet med denna målgrupp kan försvåras då det i vissa fall inte finns någon upprättad vårdkontakt med exempelvis psykiatrin, vilket i sin tur kan medföra att klienterna inte får den hjälp de behöver. Samverkan bör prioriteras av alla yrkesgrupper som är inblandade i ärendet och alla bör förhålla sig till de regler som finns gällande SIP-möten för att klientens bästa ska tillgodoseas. Frågor väcks gällande varför vissa läkare väljer att avvika från SIP-möten så pass tidigt som framkommit i intervjuerna.

Utifrån de lagar som socialsekreterare respektive LSS-handläggare har att förhålla sig till framgår det i 5 kap 7 § SoL socialnämndens ansvar för funktionshindrade samt i 5 kap 9 om socialnämndens ansvar för missbrukare. Det går därmed att tolka att socialnämnden har ett ansvar för individer som har en missbruksproblematik i kombination med MIF. Biståndsparagrafen 4 kap 1 § SoL framgår rätten till bistånd där biståndstagande genom biståndet ska uppnå en skälig levnadsnivå. Socialnämnden ska även enligt 3 kap 4 § samverka med andra aktörer där det anses lämpligt. I utredningsarbete med en klient som har missbruksproblematik i kombination med MIF kan det anses högst lämpligt att samverka med andra instanser som till exempel funktionsstödsförvaltningen/LSS eller sjukvården.

McLaughlin et. al., (2009) menar att de aktörer som arbetar med individer som har någon form av IF behöver samverka med de aktörer som arbetar med individer som har ett missbruk. Detta för att individerna med både missbruk och IF ska kunna få en effektiv behandling (a.a.). Men som respondenterna uppger kan denna samverkan i många fall vara bristfällig speciellt då klienten inte har en fastställd diagnos. Klienterna kan i dessa fall “falla mellan stolarna” och stjälpas i stället för att hjälpas. Som tidigare nämnt kan det tänkas att denna brist i samverkan beror på skillnader i regelverk eller kunskapstraditioner. I vissa fall kan alla instanser ha gjort allt vad de ska men att klientens hjälpbehov ändå inte tillgodoses. Exempelvis är LSS-lagstiftningen en rättighetslag och det krävs att individen tillhör en viss personkrets utifrån 1 § LSS för att kunna bli beviljade insatserna som omfattas av denna lag. Respondenterna menar att klienterna behöver stöd i sin vardag för att klara av att bryta missbruket. Om det inte finns någon diagnos omfattas inte klienten av LSS-lagstiftningen och har därmed inte rätt till stödsatserna och kan därmed falla mellan stolarna och “fastna i systemet”.

7.2. Slutsatser

I stora drag har det visats att de professionella som arbetar med klienter som har missbruksproblematik i kombination med MIF behöver vara flexibla i sitt arbete. De behöver anpassa sin samtalsmetodik för att klienten ska ha förmågan att delge den information som de professionella behöver. Detta kan göras genom att ställa frågor med alternativa svar eller att ta tillbaka klienten till samtalet när denne börjar prata om annat. Det kan även vara att förklara saker bildligt och använda metaforer som ökar klientens förståelse av sin problematik. Exempelvis kan en metafor vara att klienten är allergisk mot alkohol och en bildlig förklaring bestå av att beskriva hur ett behandlingshem ser ut. För att göra detta kan det utifrån analysen anses krävas en viss grad av professionalisering och arbetslivserfarenhet. Individerna som har denna dubbla problematik har ofta svårt att bli och hålla sig motiverade och de professionella behöver därför arbeta med motivationsarbete. För att motivationsarbetet ska vara användbart behöver de professionella skapa en relation till klienten. Arbetsalliansen som framkommer i analysen behövs för att klienten ska överväga de professionellas förslag och lyssna på vad de säger men även för att de ska känna en trygghet i mötet. De professionella stöter ibland på etiska dilemman och för att kunna hantera dessa behöver hen använda sig av kunskapen om sitt handlingsutrymme samt sin relationskompetens. De professionellas handlingsutrymme beskrivs generellt av respondenterna som relativt stort. Det som visas vara en faktor till detta är arbetslivserfarenhet.

En professionell som har mer erfarenhet av arbetet har också större handlingsutrymme och kan tänja på dess gränser för klientens skull. Både socialsekreterare och LSS-handläggare menar att det är vissa svårigheter i samverkan med sjukvården. Socialsekreterarna menar även att det finns svårigheter i samverkan med LSS-handläggare. Detta kan bero på att LSS är en rättighetslag där klienten behöver ingå i en personkrets för att omfattas av de insatser som inbegrips i lagstiftningen. Detta gör att klienter som har en missbruksproblematik i kombination med MIF hamnar ofta mellan stolarna. Sammanfattningsvis är individer som har missbruksproblematik i kombination med MIF är en utsatt grupp i samhället, inte bara på grund av att de ofta blir utnyttjade av sitt umgänge utan även på grund av brister i samverkan mellan olika hjälpaktörer. Det kan tänkas att en konsekvens av denna studie är att personer som arbetar

med klientgruppen bland annat i arbetet med klientgruppen utvecklar sin samtalsmetodik. För att klienterna ska fångas upp krävs det dock förändringar på högre nivå såsom att statusen för socialt arbete blir högre för att kunna erhålla samma status som en läkare på SIP-möten till exempel. Socialarbetare som inte mött denna klientgrupp tidigare kan använda denna studie för att få en bild av hur arbetet idag ser ut, samt få inspiration gällande hur respondenterna i denna studie förhåller sig till klientgruppen. En förhoppning från vår sida är att studien bidrar till en förbättring i samverkan mellan olika aktörer för att klienterna ska slippa falla mellan stolarna. Vi ställer oss även frågan om varför denna grupp inte blivit uppmärksammas i forskning tidigare och varför det inte finns någon samhällsvetenskaplig forskning på kombinationen missbruk och MIF. Detta blir den första nationell samhällsvetenskapliga studien att studera arbetet med individer som har missbruksproblematik i kombination med MIF, vilket kan tänkas öka intresset för målgruppen och resultera i mer forskning på området.

7.3. Styrkor och begränsningar med studien

Styrkor med studien är att den kvalitativa metoden är av relevans då vi fick svar på vårt syfte och en djupare förståelse för det arbete socialsekreterare respektive LSS-handläggare utför med och för individer med missbruk och MIF. Tillförlitligheten i studien kan ses som en styrka då trovärdigheten anses vara hög utifrån att metodavsnittet är utförligt beskrivet. Gällande överförbarheten är de beskrivningar vi gjort av kontexten är omfattande och gör att andra forskare kan överväga om resultatet går att appliceras i en annan kontext. Vi har under studiens gång haft en handledare som har läst igenom studien och säkerställt att den vetenskapliga metoden har genomförts korrekt vilket kan anses stärka pålitligheten i studien. Valet av att göra halvstrukturerade intervjuer gjorde att vi fick utgå från en intervjuguide (se bilaga 2) och kunde vara flexibla i våra frågor. Vi hade även möjligheten att ställa följdfrågor till respondenterna för att förtydliga deras svar.

Ett problem var svårigheten att hitta respondenter som ville delta i vår studie vilket var ett frustrationsmoment. Vi vet inte vad det beror på men kanske för att intervjuerna skulle genomföras via Zoom meetings på grund av det rådande pandemiläget av Covid-19. Vissa kanske inte vet hur plattformen fungerar eller känner sig tekniskt osäkra. En brist i arbetet skulle kunna vara att frågeställningarna har omarbetats under skrivprocessen. Intervjuguiden utformades efter tidigare frågeställningar och vissa frågor var inte längre relevanta för det omformulerade syftet. Då syftet omarbetats har även informationsbrevet justerats vilket har resulterat i att de sista respondenternas informationsbrev har skiljt sig från de som deltog initialt. Ett misstag var att inte tydligt definiera begreppet IF då vi senare förstod att begreppet lätt kunde tolkas som neuropsykiatriska funktionsnedsättningar vilket gjorde att vi fick ett bortfall. Det finns olika antal socialsekreterare respektive LSS handläggare som respondenter vilket gör att socialsekreterarna tar mer plats i resultatet. Den kvalitativa metodansatsen innebär att vi inte kan göra generaliseringsanspråk på studien vilket kan ses som en nackdel. Däremot var det inte vår avsikt att få ett generaliserbart resultat utan att få en förståelse för hur arbetet kan se ut för yrkesverksamma socialsekreterare och LSS-handläggare som arbetar med klienter som har missbruksproblematik i kombination med MIF.

Trots begränsningarna i vår studie fick vi svar på syftet och frågeställningarna. I andra liknande studier kan det dock vara av vikt att hitta samma antal respondenter i respektive arbetsgrupp för att respondenterna ska få en jämnare fördelning i resultatet. I denna studie har socialsekreterare fått övervägande utrymme i och med att de är en mer än LSS-handläggarna. Gällande svårigheterna med att engagera respondenter lyckades vi till slut genomföra fem intervjuer. Intervjufrågorna resulterade trots omarbetning av syfte och frågeställningarna i viktiga resultat för att svara på vårt syfte och bedöms därmed som rimliga.

7.4. Förslag till vidare forskning

Utifrån denna studie kan det vara intressant att undersöka utförarens arbete med klienter som har missbruksproblematik i kombination med MIF. Flera respondenter uttryckte att utförarna gör ett stort arbete med motivation och relationsskapande. Det kan även vara intressant att undersöka de olika specialanpassade behandlingshemmen och vilka former av behandling som är bäst lämpade för klientelet.

8.0. Referenslista

1177 vårdguiden (2021). *Intellektuell funktionsnedsättning- utvecklingsstörning*. <https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/hjarna-och-nerver/lorande-forstaelse-och-minne/intellektuell-funktionsnedsattning---utvecklingsstornig/>

Andersson, S. (2014). *Om positivism och hermeneutik: en introduktion i vetenskapsteori*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Billinger, K. & Hübner, L. (2009). Inledning. I K. Billinger & L. Hübner Redaktör (red.), *Alkohol och droger: samhällsvetenskapliga perspektiv*. (s.9–22). (1 uppl.) Malmö: Gleerup.

Braatveit, K.J., Hove, O., Torsheim, T. (2018). The Prevalence and Characteristics of Intellectual and Borderline Intellectual Disabilities in a Sample of Inpatients with Substance Use Disorders: Preliminary Clinical Results. *Journal of mental health research in intellectual disabilities*, volym (11), 203–220. doi: 10.1080/19315864.2018.1469701

Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (tredje upplagan). Stockholm: Liber.

Carroll Chapman , S., Wu. L., (2012). Substance abuse among individuals with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, vol(33):1147–1156

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2019). *Drogutvecklingen i Sverige 2019* (0283–1198). Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. <https://www.can.se/app/uploads/2020/01/can-rapport-180-drogutvecklingen-i-sverige-2019.pdf>

Danermark, B. (2004). *Samverkan - en fråga om makt*. Örebro: Läromedia.

Didde, R. (2017). Substance use and abuse in individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: An introduction to the special section. *Research in developmental disabilities*, vol(63): 95–98.

Didde, R., Otten, R., E.A.P, Poelen. & E.P, Schijven. (2019). Substance use among individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning in residential care: Examining the relationship between drinking motives and substance use. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, vol(32), 871–878. doi: 10.1111/jar.12578

Duijvenbode, N., Didde, R., Korzilius, H.P.L.M., Engels, R.C.M. (2016). The addicted brain: cognitive biases in problematic drinkers with mild to borderline intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. (60): 242–253. doi:10.1111/jir.12244

Duijvenbode, N. & VanDerNagel. J. (2019). A Systematic Review of Substance Use (Disorder) in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability. *European addiction research*, vol(25): 263–282.

Eide, T. & Eide, H. (2006). *Kommunikation i praktiken: relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. (1. uppl.) Malmö: Liber.

Fejes, A. & Thornberg, R. (2015). Kvalitativ forskning och kvalitativ analys. I Fejes & Thornberg (Red.) *En handbok i kvalitativ analys* (2 uppl. s.16-43)

Folkhälsomyndigheten (2020). *Utvecklingen av narkotikabruket*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/bruk/narkotikabruket-och-utvecklingen/>

Gilje, N. & Grimen, H. (2007). *Samhällsvetenskapernas förutsättningar*. (3 uppl.) Göteborg: Daidalos.

Hjerm, M., Lindgren, S. (2014). Metod och metod – jag vill ju förstå samhället? I Hjerm, Lindgren & Nilsson (Red.) *Introduktion till samhällsvetenskaplig analys* (2 uppl. s.13–28) Malmö: Gleerups.

Holgersson, L. (2008). *Socialpolitik och socialt arbete: historia och ideer*. Stockholm: Norstedts juridik.

Huxley, A., Dalton, M., Tsui, Y., & Hayhurst, K., (2019). Prevalence of alcohol, smoking, and illicit drug use amongst people with intellectual disabilities: review. *Drugs : education, prevention & policy* vol(26): 365–384

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) (2016). *Samverkan för patienter och brukares välbefinnande: missbruks- och beroendevården*. (2016–19). Inspektionen för vård och omsorg. <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2016/samverkan-for-patienter-och-brukares-valbefinnande-missbruks-och-beroendevarden-rapport.pdf>

John, A., Schrandt, K. (2019). Social Work Practice With Individuals With Intellectual Disability: Social Work Students' Perspectives. *Journal of Social Work Education*, vol. (55): 724–735. doi: 10.1080/10437797.2019.1611511

Klingemann, H. (2020). Successes and failures in treatment of substance abuse: Treatment system perspectives and lessons from the European continent. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 37 (4): 323–337. doi:10.1177/1455072520941977

Kvale, S. & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lag om vård av missbrukare i vissa fall (SFS 1988:870) Sveriges riksdag. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1988870-om-var-d-av-missbrukare-i-vissa-fall_sfs-1988-870

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387). Sveriges riksdag. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387

Lindblad, I. & Fernell, E. (2021). *Lindrig intellektuell funktionsnedsättning*. Göteborgs universitet- Gillbergcentrum. <https://www.gu.se/gnc/lindrig-intellektuell-funktionsnedsattning>

Lindgren, S. (2014). Kodning. I Hjerm, Lindgren & Nilsson (Red.) *Introduktion till samhällsvetenskaplig analys* (upplaga 2 s. 45–61) Malmö: Gleerups

McLaughlin, D.F., Milligan, V., Quinn, B. & Taggart, L. (2009). The experiences of professionals who care for people with intellectual disability who have substance-related problems. *Journal of Substance Use* vol 12 (2): 133–143. doi:10.1080/14659890701237041

Missbruksutredningen (2011) Missbrukets utbredning och konsekvenser i Sverige (SOU 2011:35). Elanders Sverige AB. <https://www.regeringen.se/49b6a2/contentassets/0c778ea424b749b89225617e54558413/battere-insatser-vid-missbruk-och-beroende-del-2-av-2-kapitel-13-31-sou-201135>

Nilsson, M. (2014). Att samla in kvalitativa data - halvstrukturerade intervjuer. (Red.) *Introduktion till samhällsvetenskaplig analys* (upplaga 2 s.150-165) Malmö: Gleerups

Nouwens, P.J.G., Smulders, N.B.M., Embregts, P.J.C.M., van Nieuwenhuizen, C. (2017). Meeting the support needs of persons with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: still a long way to go. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. (61): 1104–1116.

Praktisk medicin (2020). *Missbruk/beroende*. <https://www.praktiskmedicin.se/sjukdomar/missbrukberoende/>

Robertson, I.E., Nesvåg, S.M. (2019). Into the unknown: Treatment as a social arena for drug users' transition into a non-using life. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 36 (3), 248–266. doi:10.1177/1455072518796898

Røkenes, O.H. & Hanssen. P.H. (2016). Bära eller brista: Kommunikation och relationer i arbetet med människor (M. Hoelstad, Övers. 2a uppl.). Malmö: Gleerups.

Salavert, J., Clarabuch, A., Fernández-Gómez M. J., Barrau, V., Giráldez M. P., & Borràs. J. (2018). Substance use disorders in patients with intellectual disability admitted to psychiatric hospitalisation. *Journal of intellectual disability research*, vol(62):923–930.

Samuelsson, E., Blomqvist, J., Christophs, I. (2013). Addiction and recovery: perceptions among professionals in the Swedish treatment system. *Nordic studies on alcohol and drugs*, vol. (30): 51–66.

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

Socialstyrelsen (2021). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning*. 978-91-7555-562-1. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7327.pdf>

Socialtjänstlag (SFS 2001:453) Sveriges riksdag. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Svensson, K., Johnsson, E. & Laanemets, L. (2008). *Handlingsutrymme: utmaningar i socialt arbete*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Thornberg, R. & Fejes, A. (2015) Kvalitet och generaliserbarhet i kvalitativa studier. I Fejes & Thornberg (Red.) *En handbok i kvalitativ analys* (2 uppl. s. 256- 278)

Ting To, W., Neiryneck, S., Vanderplasschen, W. & Vanheule, S. (2014). Substance use and misuse in persons with intellectual disabilities (ID): Results of a survey in ID and addiction services in Flanders. *Research in developmental disabilities, vol(35):1–9*

VanDerNagel, J., Kiewik, M., Postel, M., van Dijk, M., Didden, R., Buitelaar, J. & de Jong. C. (2014). Capture recapture estimation of the prevalence of mild intellectual disability and substance use disorder. *Research in developmental disabilities, vol(35): 808–813*.

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Örebro universitet. (2021) [word-dokument] *Studiehandledning för delkurs Examensarbete 15 hp i socialt arbete*. Blackboard. https://lms.oru.se/ultra/courses/_22331_1/outline

9.0. Bilagor

Bilaga 1. Informationsbrev



Information om deltagande i examensarbete

Som en del i vår *socionomexamen* ingår att genomföra ett självständigt examensarbete. Syftet med vårt arbete är att utreda socionomers arbete med klienter som har missbruksproblematik i kombination med intellektuella funktionsvariationer. Vi vill komma i kontakt med socionomer med minst ett års erfarenhet av området. Deras kunskap är viktig och behöver samlas och analyseras för att se vad som fungerar bra respektive mindre bra i arbetet och behandlingen.

I examensarbetet genomförs *intervjuer med socionomer om deras arbete med klienter över 18 år med missbruksproblematik i kombination med intellektuella funktionsvariationer*. Intervjuerna spelas in audio med utrustning som tillhandahålls av Örebro universitet och transkriberas. Inspelningarna och transkriptionerna bevaras till dess att det självständiga studentarbetet har bedömts som godkänt av examinator, varefter de raderas.

Det är frivilligt att delta i studien och deltagandet påverkar inte ditt arbete. Dina personuppgifter kommer behandlas med ditt samtycke i enlighet med europeiska dataskyddsförordningen (GDPR). Det rör uppgifter om namn, e-post, telefonnummer samt de ljudinspelningar som görs av intervjuerna.

Examensarbetet redovisas i form av en uppsats som presenteras skriftligt och muntligt vid ett examenstillfälle på Örebro universitet. Efter uppsatsens godkännande kan den komma att göras tillgänglig för allmänheten genom att publiceras i databasen DIVA. Fram till dess att arbetet har examinerats och godkänts *och publicerats på DIVA* har du rätt att dra tillbaka ditt samtycke och uppgifterna får då inte bevaras eller behandlas vidare utan annan laglig grund. Alla personuppgifter som samlas in kommer att hanteras med konfidentialitet. Namn på person, platser och verksamheter kommer att ersättas med pseudonymer.

Du har rätt att ta del av det som registrerats om dig och ha synpunkter på behandlingen av de uppgifter som samlats in. För information om studentarbetets utformning ber vi dig kontakta vår handledare. Frågor om hur Örebro universitet behandlar personuppgifter kan ställas till lärosätets dataskyddsombud på dataskyddsombud@oru.se. Klagomål som inte kan lösas av Örebro universitet lämnas till Datainspektionen.

Bilaga 2. Intervjuguide

Intervjuguide

Presentation

Vi är intresserade av att undersöka dina erfarenheter och hur du arbetar med individer som har missbruksproblematik i kombination med en intellektuell funktionsnedsättning (IF). Vi är även intresserade av att ta reda på hur arbetet skiljer sig åt jämfört med individer utan IF.

Bakgrund

- Vad heter du?
- Hur gammal är du?
- Hur länge har du jobbat här?
- Hur länge har du arbetat med personer med den här problematiken?
- Hur många är det som arbetar på verksamheten?
- Vad är dina huvudsakliga arbetsuppgifter?
- Hur skulle du beskriva ditt handlingsutrymme?

Missbruk & IF

- Hur får du vetskap om att klienten har IF?
- Vilka frågor och livsområden fokuserar du initialt på när du träffar en klient med missbruksproblematik?
- Vilka frågor och livsområden fokuserar du initialt på när du träffar en klient som har denna problematiken?
- Beskriv vad skulle du säga är det viktigaste för dig att tänka på i mötet med klienten
- Beskriv hur du upplever arbetet med en klient som har missbruksproblematik i kombination med IF.
- Beskriv hur du anser att arbetet skiljer sig när en klient har IF jämfört när den inte har det.
- Vilket möjligheter ser du i arbetet med en klient med denna problematik?
- Vilket svårigheter ser du i arbetet med en klient med missbruksproblematik?
-

Behandlingsinsatser

- Vilka insatser skulle du rekommendera till en klient med IF som söker vård för missbruk?
 - Varför skulle du välja just dem insatserna?
- Vilka behandlingsinsatser är vanligast att personer med IF ansöker om?
- Utifrån de klienter du har haft med denna problematik, beskriv hur du generellt upplever behandlingsinsatsernas verkan?
- Vilka skillnader upplever du i behandlingsinsatsernas verkan när klienten har en IF jämfört med när den inte har det?
- Vilka möjligheter kan du urskilja i utredning av behandlingar med klienter med denna problematik?

- Vilka svårigheter kan du urskilja i utredning av behandlingsinsatser för klienter med denna problematik?
- Vad är enligt dig det viktigaste du kan göra för att klienten med denna problematik ska komma så långt som möjligt i en behandling?
- Hur arbetar du för att klienten ska nå förändring av sin livssituation?
- Vad anser du att relationen mellan dig och klienten har för betydelse för förändringen av klientens livssituation?

Samverkan

- Hur fungerar samverkan i er verksamhet?
- Vilka samverkanspartners skulle du ta kontakt med i ett ärende med en klient som har problematik med missbruk och/IF?
- Hur skulle samverkan kunna se ut?
 - Vilka är med?
 - Hur många?
 - På vilket sätt?
 - Till vilket syfte?

Avslutning

- Är det något som du tycker är viktigt som vi inte har tagit upp?

Tack för din medverkan! Har du några frågor så är det bara att mejla. (Ge mailadress)