

# Ett värdigt bemötande



## Utvärdering av Söderhamns dubbeldiagnosteam ”Stödhjulet”

*Mikael Vallström*

En rapport från FoU Söderhamn

**Ett värdigt bemötande**

Utvärdering av Söderhamns dubbeldiagnosteam "Stödhjulet"

*Mikael Vallström*

Produktion och Utgivning:

© FoU Söderhamn, 2008

CFL – Centrum för flexibelt lärande

Söderhamns kommun

Södra Järnvägsgatan 7, 826 80 Söderhamn

Tel. 0270-758 00 Fax 0270-169 65

ISBN-nummer 978-91-85085-05-7

# **Ett värdigt bemötande –**

Utvärdering av Söderhamns dubbeldiagnosteam ”Stödhjulet”

*Mikael Vallström*



## Innehåll

Inledning .....	7
<i>Bakgrund</i> .....	7
<i>Utvärderingens syfte, metod och empiriska underlag</i> .....	8
Beskrivning av verksamheten .....	10
<i>Verksamhetens utveckling</i> .....	10
<i>Teamets grundsyn och intentioner</i> .....	10
<i>Erfarenheter av samverkan</i> .....	11
Beskrivningar av patienterna .....	14
"Adam" .....	14
"Bengt" .....	14
"Conny" .....	15
"David" .....	15
"Erik" .....	15
"Fabian" .....	16
"Göran" .....	17
"Hans" .....	17
"Ivar" .....	17
Analys och slutsatser .....	19
Källor och litteratur .....	22



## Inledning

### *Bakgrund*

I det förslag till inrättande av ett dubbeldiagnosteam i Söderhamn som utgör det huvudsakliga beslutsunderlaget i frågan beskrivs de problem och det arbete som föranlett de båda huvudmännen, dvs. kommun och landsting, att gå från ord till handling.<sup>1</sup> Dokumentet redogör också för de riktlinjer och den organisationsform som teamet ska arbeta utifrån. Av beskrivningen framgår då att idén att bilda ett dubbeldiagnosteam har sin upprinnelse i de diskussioner som förts i en s.k. SIPS-grupp, Samverkan i psykiatri i Söderhamn, och i de arbetsgrupper SIPS-gruppen i sin tur utsett för att utreda vilka behov som finns och vilka lösningar som kan vara lämpliga. I februari 2003 redovisar en av dessa arbetsgrupper att man bedömer att det finns cirka tio personer i Söderhamn med dubbeldiagnos, dvs. med psykisk sjukdom och missbruk, och att deras tillvaro utmärks av en speciell problematik. Bland annat konstateras att personerna i fråga ”ofta har sociala problem, boendeproblem, försörjningsproblem, behov av somatisk och psykiatrisk sjukvård” och därtill ”svårigheter att få rehabilitering, daglig sysselsättning och meningsfull samvaro med andra människor”. Ett annat problem som påtalas är att den psykiatriska vården ställer krav på att patienterna måste vara drogfria under en längre period för att få behandling, medan missbruksvården förutsätter att de ska vara fria från symptom på psykisk sjukdom. Inte sällan hänvisar vårdgivarna till varandra ”eftersom patienterna sällan passar in i respektive organisation”. Följden blir därmed att patienterna faller mellan vårdgivarnas stolar, får en bristfällig vård eller rentav blir utan vård. Det är också just bristen på en fungerande samverkan mellan de ansvariga parterna som framhålls som det främsta skälet för bildandet av Söderhamns dubbeldiagnosteam.

Under hösten 2006 utarbetar en annan arbetsgrupp slutligen ett konkret förslag på hur teamet ska organiseras och bedriva sin verksamhet. Efter ett antal studiebesök hos olika team i andra kommuner har man funnit att dubbeldiagnosteamet Navet i Hudiksvall är lämpligt som organisatorisk förebild och vad gäller valet av behandlingsmetod; nämligen en mindre resurskrävande organisation utan speciellt boende och med kognitiv beteendeterapi (KBT) som grund. Beslut fattas och särskilt avsatta medel för ändamålet, s.k. utvecklingsmedel, söks från Länsstyrelsen i Gävleborg i januari 2007.<sup>2</sup> Medlen beviljas och i maj samma år finns också en detaljerad verksamhetsplan.<sup>3</sup> I början av året har även den personal som ska arbeta i teamet utsetts.

I verksamhetsplanen preciseras teamets arbetsuppgifter ytterligare. Som huvudskäl anges alltså det bristfälliga samarbetet och att det saknas ett helhetsperspektiv: ”Bristande samsyn på vad som är individens huvudproblem och oenighet om vem som ska lösa det gör att det blir samarbetssvårigheter”. Här nämns också att slutenvårdsplatserna blivit färre inom psykiatrin och att socialtjänsten blivit mer restriktivt inställd till att bevilja behandlingshemsvistelser, och att gruppen med dubbeldiagnos därmed blivit än mer utsatt. Vidare betonas att det behövs en mer individanpassad verksamhet – ”vård och behandling som är inriktad på individens behov” – och överhuvudtaget en kvalitativt sett bättre vård. För att åstadkomma detta framhålls även vikten av samverkan med alla berörda och närstående parter, såsom anhöriga och anhörigorganisationer, arbetsförmedlingen, Stenbackens boende- och arbetskollektiv för missbrukare och Knutpunkten, som erbjuder sysselsättning och gemenskap med andra personer med psykisk ohälsa. Syftet med verksamheten preciseras till att nyttja de befintliga resurserna optimalt och att på så vis skapa

---

<sup>1</sup> ”Förslag till inrättande av ett s.k. dubbeldiagnosteam i samverkan mellan socialnämnden, omvårdnadsnämnden och landstingets psykiatriklinik.” Tjänsteutlåtande 2006-11-28 av Karin Wiklander, socialchef vid Söderhamns socialförvaltning.

<sup>2</sup> ”Ansökan om utvecklingsmedel för utveckling av vård och behandling för personer med tungt missbruk”. Tjänsteutlåtande 2007-01-23 av Karin Wiklander.

<sup>3</sup> Malin Thurfjell, ”Verksamhetsplan för dubbeldiagnosteam i Söderhamn”, maj 2007.

förutsättningar för en fungerande struktur i den enskildes liv. Målet formuleras som ”att bygga upp ett team som med specifika kunskaper utarbetar en behandlingsmodell för personer med dubbeldiagnos”.

Mer allmänt kan det konstateras att beslutet att inrätta ett dubbeldiagnosteam i Söderhamn följer en generell trend till ökad samverkan mellan kommun och landsting i vården och omsorgen av olika samhällsgrupper. Det har också inrättats liknande team i flera kommuner i Sverige, närmast då i Hudiksvall och Gävle. Flertalet team har bildats under de senaste åren. Av de samtal jag haft med dem som arbetar i Söderhamns dubbeldiagnosteam Stödhjulet framgår även att man uppfattar bildandet av teamet som en naturlig följd av de omfattande omstruktureringar som gjorts inom vården av psykiskt sjuka under de senaste decennierna. Den stora skillnaden är då att de patienter som förut behandlades vid olika institutioner idag är ute i samhället och att vården blivit mer individanpassad. Dessutom menar man att det är frågan om en grupp som blivit prioriterad eftersom de uppfattas som ett samhällsproblem, bl.a. på grund av att de blivit förknippade med en rad uppmärksammade våldshandlingar. En annan faktor som lyfts fram av olika forskare och samhällsanalytiker är att den psykiska ohälsan blivit alltmer omfattande och att det överhuvudtaget sedan länge finns en tilltagande tendens att kategorisera, diagnostisera och ”gruppera” individer som uppfattas som svaga och avvikande.<sup>4</sup> Till de bakomliggande anledningarna till bildandet av dubbeldiagnosteam hör alltså dels nya krav och förändrade synsätt inom offentlig vård och omsorg, och dels mer allmänt samhälleliga och politiska krav på att de problemgruppen psykiskt sjuka missbrukare förknippas med ska kunna åtgärdas. Slutligen kan det även tilläggas att det inte bara rör sig om en av de mest problematiska samhällsgrupperna, utan även om de mest utsatta och stigmatiserade människorna i samhället.

#### *Utvärderingens syfte, metod och empiriska underlag*

Mot bakgrund av den betydelse bildandet av dubbeldiagnosteamet tillmätts har det ansetts viktigt att dokumentera och kvalitetssäkra verksamheten, framför allt då för att få veta vilka vinster man gör och vilka eventuella hinder som uppstår när parterna samverkar. Att få denna kännedom är också det huvudsakliga syftet med föreliggande utvärdering. Eller mer precist sagt så handlar det om att belysa arbetsprocesser inom teamet och att bidra till utvecklingen av teamets samsyn och samverkan. Det är med andra ord frågan om en processutvärdering med ett stöttande och vidareutvecklande syftemål. Min roll som utvärderare är dels att vara en neutral och kritiskt granskande part i processen, dels att föra en fortlöpande dialog kring verksamheten, i första hand med teamet, men även med andra inblandade parter.

Utvärderingens huvudsakliga fokus ligger följaktligen på teamets arbete med patienterna och på hur samarbetet fungerar inom teamet. Jag har därför försökt följa arbetsprocessen på så nära håll som möjligt och under det som kan sägas vara verksamhetens uppbyggnadsskede, dvs. från september 2007, då verksamheten påbörjades, och fram till och med augusti 2008, då Stödhjulets verksamhet pågått i ett år.

Den metod jag använt mig av är kvalitativ och interaktiv, vilket i praktiken innebär att undersökningen framför allt bygger på intervjuer och samtal, nära samverkan och dialog.<sup>5</sup> Under arbetets gång har jag kontinuerligt suttit med vid olika möten, vanligtvis då vid teamets ordinarie personalmöten vid ett tillfälle per vecka, men också vid styrgruppsmöten och ledningsgruppsmöten. Jag har antecknat det som sagts, ställt frågor och diskuterat verksamheten. Anteckningarna har sedan renskrivits och kompletterats med de iakttagelser och reflexioner jag gjort. Dessa anteckningar utgör också utvärderingens huvudsakliga källa. Sammanlagt finns anteckningar från 21 möten, som i regel pågått under en till två timmar. Det jag antecknat handlar oftast om hur verksamheten utvecklats, om de problem som uppstått i det dagliga arbetet, och

---

<sup>4</sup> Jfr Cohen 2005 och Hallerstedt (red.) 2006.

<sup>5</sup> För en mer utförlig redogörelse för metoden och för hur den tillämpas i praktiken, se Svensson 2006 och Westing-Nordh 2007.



om patienternas mående och utveckling. Ibland rör det sig också om mer allmänna reflektioner över teamets samverkan och roll.

Utöver gruppsamtalen har varje teammedlem intervjuats enskilt, liksom en av de patienter som behandlats vid Stödhjulet. Intervjuerna har haft karaktären av öppna samtalsintervjuer utan på förhand fastställda frågor. Till intervjumaterialet hör även mer tillfälliga och kortare samtal och möten med personalens närmaste chefer och med bl.a. personal vid Knutpunkten.

För övrig kännedom kring dubbeldiagnosteamets verksamhet och mer allmänna aspekter har jag använt mig av befintligt projektmaterial (bl.a. tjänsteutlåtanden, ansökningshandlingar, verksamhetsbeskrivning och delrapport), av uppsatser och studier av liknande verksamhet på annat håll, samt av en del litteratur, bl.a. om KBT och om förändringarna inom vård och omsorg under senare tid.<sup>6</sup> Avsikten med den litteratur jag läst har inte varit att få någon heltäckande bild utan endast en allmän orientering.

Avsnittet med beskrivningar av patienterna bygger helt och hållet på sammanställningar av anteckningarna från personalmötena. Intentionen med beskrivningarna är framför allt att ge en närmare uppfattning om vilken betydelse verksamheten haft för de enskilda individerna. I avsnittet beskrivs samtliga patienter som varit inskrivna vid Stödhjulet under mer än sex månader, dvs. sammanlagt nio patienter, som i varierande omfattning besökt teamet för samtal, medicinering och behandling. (I april tillkom ytterligare en patient och i juni två, men eftersom de endast behandlats under kortare tid och i mindre omfattning så tas de inte med i utvärderingen.) Samtliga referenser till patienterna är anonymiserade och deras namn är fingerade.

På det hela taget är det min ambition att ge en så bred bild av verksamheten som möjligt. Inte minst är det utvärderingens strävan att ge utrymme för flera röster och perspektiv, om än tyngdpunkten är lagd vid teamets perspektiv. Intervjun med patienten avser också att komplettera bilden med ett brukarperspektiv. I analysen och slutsatserna försöker jag väga olika synpunkter mot varandra och slutligen diskutera vad jag uppfattar som aktuella problem, begränsningar och möjligheter inför det fortsatta arbetet med patientgruppen.

---

<sup>6</sup> Projektmaterialet och litteraturen finns förtecknad sist i utvärderingen, under rubriken källor och litteratur.

## Beskrivning av verksamheten

### *Verksamhetens utveckling*

Efter en tids förberedelser med bl.a. studiebesök hos dubbeldiagnosteamet Navet i Hudiksvall och Spindeln i Västerås påbörjas själva verksamheten i september 2007. De första veckorna har teamet en provisorisk arbetsplats vid psykiatriska öppenvårdsenheten i Söderhamn, sedan kan man flytta in i egna lokaler, en centralt belägen lägenhet som rustats speciellt för ändamålet. Strax därefter påbörjar teamet också en KBT-utbildning i Stockholm som löper på under två dagar varje månad fram till juni 2008. I september och oktober ägnas det mesta av tiden åt inredning av lokalerna, litteraturstudier och kartläggning av patienterna. Kartläggningen visar att det finns betydligt fler personer med en dubbeldiagnosproblematik än väntat; totalt bedöms ca 30 personer som aktuella för behandling, att jämföra med de tio personer som det räknats med tidigare. Behandlings- och rehabiliteringsverksamheten tar successivt form under november och december, då sju och sedan åtta patienter är inskrivna vid Stödhjulet, vilket gör 20 respektive 31 bokförda besök. En normal vecka håller Stödhjulet öppet måndag, onsdag och fredag, med som mest nio inbokade besök på en dag. Under 2008 utökas besöksverksamheten ytterligare, med nio inskrivna patienter under perioden januari–mars, tio i april och maj, och sedan tolv från juni till augusti. Antalet besök varierar mellan 42 och 45 under januari till och med maj, därefter har Stödhjulet 50 besök i juni, 47 i juli och 61 i augusti.<sup>7</sup> Utöver besöken har teamet också ett mindre antal telefonkontakter med några av patienterna.

Överhuvudtaget går verksamheten under det första året – dvs. från september 2007 till augusti 2008 – planenligt och till stor del över förväntan. Framför allt får Stödhjulet en snabbare och större tillströmning av patienter än beräknat, vilket å andra sidan gör att teamet periodvis får svårt att hinna med alla arbetsuppgifter (t.ex. blir dokumentationen av patienterna ofta eftersatt). Förutom utbildningen i KBT får teamet också handledning i CRA, som är en behandlingsform inom KBT för personer med missbruksproblem, från och med januari. När KBT-utbildningen sedan avslutas i juni uppfattar teamet det också som ett startskott för en mer strukturerad och fokuserad behandling, och verksamheten går därmed in i ett nytt skede.

Teamet har haft samma personalstyrka hela tiden, med fyra personer på halvtid, varav två med kommunen och två med landstingets vuxenpsykiatri som huvudman. Två av teammedlemmarna är kvinnor och två män: Malin Thurffjell från kommunens socialtjänst, Margareta Alm Nilsson från omvårdnadsförvaltningens boendestöd, och Lars Alm och Kent Tallberg från vuxenpsykiatri. Malin är teamsamordnare och socialsekreterare, Margareta boendestödjare, Lars sjuksköterska och Kent skötare. Samtliga har arbetat inom Söderhamn och känner relativt väl till de aktuella patienterna från sina respektive arbetsområden. För remisser och medicinsk handledning är även en psykiater knuten till teamet.

### *Teamets grundsyn och intentioner*

Mitt eget intryck av teamet är främst att det är en mycket väl fungerande och samspelt grupp. Alla är drivande och engagerade i arbetet med patienterna. Redan efter mitt första möte med teamet får jag känslan av att bli bemött på ett lättsamt och avspänt sätt. Det är ofta en skämtsam jargong och ett öppet samtalsklimat. När jag sedan intervjuar teammedlemmarna enskilt så uttrycker samtliga i stort sett samma uppfattning om de problem som funnits tidigare och om hur man vill att teamet ska arbeta i fortsättningen. I första hand upplevs inrättandet av dubbeldiagnosteamet som en nytändning och en möjlighet att göra en större insats för gruppen med dubbeldiagnos. Samtliga tycker också att teamet känns positivt och bra sammansatt. Ingen ser heller några större samarbetsproblem utan anser tvärtom att man har allt att vinna på att samverka. Man menar att

---

<sup>7</sup> Statistik enligt delrapport 2008-04-11 och beräkningar av Malin Thurffjell i september 2008.

satsningen borde ha gjorts tidigare och egentligen är helt nödvändig ifall man ser till vad patienterna behöver. Det enda hinder som nämns är den hierarki och statusskillnad som sedan förut finns mellan psykiatrin, som ansetts som lite ”finare”, och kommunens omsorgsverksamhet, som haft lägre status. Å andra sidan är det ingen i teamet som tillmäter skillnaderna någon betydelse just i den här gruppen. I sitt förhållningssätt uttrycker man snarare en mer demokratisk hållning och uppfattningen att alla ska få komma till tals på lika villkor. Alla i teamet är också överens om att behandlingen ska vara KBT-inriktad och samtidigt öppen för andra metoder och arbetssätt. Överhuvudtaget uttrycker alla samma grundsyn i förhållandet till patienterna, nämligen att det primära är att bygga en god relation till varje patient, att vara lyhörda för individernas skilda behov och att jobba långsiktigt. Till att börja med är målsättningen att patienterna ska få ett stabilare mående, sedan allt eftersom ett mer normalt liv med ett fungerande socialt sammanhang och en positiv roll i samhället. Det handlar, som Malin säger, mest om ”motivationsarbete”.

Teamet är även enigt om vikten av att skapa en trygg och hemlik miljö i lokalerna, med en lite mer familjär stämning än vad som tidigare varit vanligt inom offentlig vård och omsorg. Det ska just vara en miljö som signalerar ett individnära och mer personligt bemötande. Kent menar att det nog till en början behövs en ”charmoffensiv” som kan locka patienterna till Stödhjulet och få dem att övervinna sina negativa erfarenheter av vården. Men man vill också markera att verksamheten har en annan karaktär och inriktning än den ”vanliga” institutionella, mer formella och tidsbegränsade vården. Det gäller att undvika det som ”signalerar landsting”. Alla är mycket väl medvetna om patienternas erfarenheter av att bli bemötta på ett ofta avvisande och stigmatiserande sätt, och menar därför att man måste börja med att bygga från grunden, genom att vinna patienternas förtroende och tillit. Som Lars uttrycker det ska patienterna få känna att de har ett värde och inte att de är värdelösa. Med hjälp av en mer hemliknande atmosfär vill teamet både skapa förutsättningar för att överbrygga patienternas misstro och för att få dem att känna sig lugnare och tryggare. Intentionen är att, med Margaretas ord, ”bygga in en trygghet” i lokalerna.

Samtidigt inskräps betydelsen av klara och tydliga regler för besöksverksamheten. Ingen patient får komma in till Stödhjulet märkbart berusad eller påverkad, och uppmanas att genomgå ett drogtest vid misstanke om påverkan. Teamets avsikt är också att tydliggöra att man förväntar sig motprestationer från patienterna, som att de håller avtalade tider och olika överenskommelser, och följer sin behandling (t.ex. gör hemuppgifter). Man kommer även att använda sig av kontrakt och göra vårdplaner. I samtalen med patienterna vill man inte minst visa på återkommande problem och tydliggöra vilka negativa konsekvenser missbruket har för deras dagliga liv och för hur de mår. Även om verksamheten i grunden bygger på frivillighet så finns det alltså även en del påtryckningsmedel och inslag av tvång genom att patienterna blir inskrivna vid Stödhjulet genom remisser och får sin medicinering av teamet.

Vad gäller verksamhetens utformning i stort upplever teamet det som att man både fått tillräckligt förtroende och handlingsutrymme för att kunna genomföra sitt uppdrag. ”Cheferna har inte gått in och petat för mycket”, som Kent säger. Av lednings- och styrgruppsmötena att döma är det också min uppfattning att teamet har en relativt stark ställning och ledningens fulla förtroende.

#### *Erfarenheter av samverkan*

I stort sett fullföljer teamet sina intentioner och de riktlinjer man fått. Verksamheten växer fram successivt och antar så småningom fastare former, samtidigt som teammedlemmarna tycker att de blir tryggare i det nya arbetet. Den första omställningsfasen är därmed förbi. Den enda större avvikelserna från planerna, dvs. den snabba och stora tillströmningen av patienter, upplevs i grunden enbart som positiv, även om teamet inte riktigt hinner med all verksamhet och relativt snart blir trångbodd i de nya lokalerna. Dessutom tar utbildningen i KBT en hel del tid i anspråk. Teamet menar därför att KBT-utbildningen idealt sett borde ha varit avslutad tidigare,

helst innan själva verksamheten påbörjades, så att arbetet blivit mindre splittrat. I övrigt är de problem som dyker upp under arbetets gång mest av praktisk natur; bl.a. blir leveransen av den dator teamet ska använda för dokumentationen av patienterna försenad liksom en del annan utrustning till lokalerna.

Vad jag kan se uppstår det inte heller några samarbetsproblem, utan teamet tycks tvärtom stärkas med tiden. Vid flera tillfällen framhålls också de fördelar och vinster man ser under det att verksamheten vidareutvecklas. Framför allt anses den förbättrade personkännedom om patienterna och personblandningen i teamet vara de största vinsterna. Det påpekas även att teamets sammansättning med både män och kvinnor är en viktig grundförutsättning, eftersom det finns patienter som bara vill ha kontakter med kvinnor medan andra endast accepterar män. Vid ett personalmöte i april sammanfattar Lars fördelarna med samarbetet på följande sätt:

*Vi delar med oss till varandra av våra kunskaper och erfarenheter. Alla får nya perspektiv. Till exempel får jag "soss"(socialtjänstens) synsätt på missbruk, förmåga till nätverksarbete, kartläggning, hembesök och liknande. De har också en annan syn på individen. ... Vi har fått ökad förståelse för individerna och ett bredare synsätt. Det är en samverkan som enbart är av godo. Det är viktigt att det är personal som är öppen för nya synsätt; man får inte vara rigida i sitt tänkande eller i sin profession. Personalen måste handplockas, det är väldigt viktigt att alla fungerar i gruppen. Alla har också ett gediget intresse. Det gäller att vara lyhörd för att man har olika kunskaper och olika utbildningsnivå, risken finns annars att någon känner sig kränkt.*

Det Lars säger bekräftas också av de andra i teamet. Samtliga säger att de fått bättre kunskaper och större personkännedom: Lars och Kent tycker sig ha fått betydligt bättre insikter i vilken betydelse patienternas missbruk har, medan Malin och Margareta har fått djupare kännedom om patienternas psykiska ohälsa. I och med teambildningen har man också kommit runt problemen med tystnadsplikten. Därmed går det inte längre att spela ut psykiatrin och socialtjänsten mot varandra, och följaktligen faller heller ingen patient längre mellan stolarna. Men framför allt finns ett helhetsgrepp som gör att man hela tiden kan dra åt samma håll. Det blir, med Lars ord, "inget onödigt energitapp".

Teamet upplever det även som att man växer med metoden tillsammans och står på en mer jämbördig nivå i och med den gemensamma utbildningen. Inte heller blir det några konflikter inom gruppen om vilket arbetssätt som ska gälla. Lars fortsätter sin sammanfattning:

*Nu arbetar vi kognitivt i verksamheten genom att förstärka det positiva hos patienterna, bygga deras självförtroende, stötta bra saker. Vi ger inga hemläxor än så länge. KBT-tänkandet finns med i varje samtal. Vi jobbade inte så i början, då fanns det fyra olika synsätt. Tack vare utbildningen har det blivit mer av samsyn, vi har också slipats samman som grupp. Vi låter arbetssättet växa fram. Det är bättre att skynka långsamt, viktigare att vi gör rätt det lilla vi gör än att riskera ödesdigra misstag. Tillämpningen (av metoden) måste hela tiden vara beroende på individen. Det gäller att inte gå på individen för tidigt. Sen har vi också behandlingen enligt CRA-modellen. Vi börjar med att jobba med jargongen och missbrukarmentaliteten. Patienterna måste hitta en annan identitet ... Alla tror på metoden (dvs. KBT), men den kan också kombineras med annat. Det är en tillgång att ha fyra olika infallsvinklar. Vi ska inte vara rigida i KBT.*

Till vinsterna hör slutligen att teamet tack vare sin sammansättning inte hade några större problem med att få patienterna till Stödhjulet, och därmed kunde komma igång relativt snabbt med behandlingsverksamheten. "Vi hade samlad information, vi kunde sammanföra personkännedom", menar Kent när vi diskuterar det i efterhand. Ett exempel som nämns på hur viktig personkännedom kan vara, är att teamet vid ett tillfälle kunde avstyra en missbrukare som försökte manipulera sig till en plats vid Stödhjulet.

Som jag uppfattar det lyckas teamet också leva upp till ambitionen att bygga goda relationer till patienterna. Flera gånger framhålls både allmänt och i specifika fall den grundläggande betydelsen av tillitsskapande och förtroendefulla relationer. Teamet tycks därför snarast få sina föresatser

bekräftade och stärkta ju längre arbetet fortskrider. Den samlade meningen är att utan en fungerande relation i grunden går det inte att behandla patienterna på ett framgångsrikt sätt, och omvänt att ju bättre relation man lyckas skapa desto mer framgångsrik blir behandlingen. Men det är också teamets uppfattning att det är ett förhållningssätt som ger ett viktigt mervärde, nämligen ett starkt människovärde, i och med att patienterna erkänns och blir bemötta som ”vilka människor som helst”, med respekt och ibland även med uppskattning.

Under ett personalmöte i mars menar Malin att ”de flesta börja lita på oss”, och hon fortsätter: ”det är viktigt att ställa upp ur deras perspektiv ... det här är deras ställe”. Något liknande framhålls även av Lars vid ett annat tillfälle: ”Ju mer tillit – desto lättare blir det att vara uppriktiga. De vet att de inte blir utkastade ... de respekterar oss om vi respekterar dem”.

Å andra sidan innebär de goda relationerna inte att teamet upplever det som att verksamheten blivit lättare, utan snarare tvärtom. Periodvis tycker man att arbetet tar hårt på krafterna. Framför allt upplevs det som mentalt krävande, ibland frustrerande, på ett sätt som det inte skulle vara om man inte engagerade sig i personerna. Det handlar, som man säger, ”om att ta emot ångest”. Eller som Lars uttrycker det: ”Många kommer att må skit – det är vi som får ta det”. I värsta fall kan det bli fråga om att hantera självmord och patienter som uppträder våldsamt. Åter igen blir då teamet en tillgång genom att man kan stötta varandra och som ett gemensamt forum för samtal och reflektion.

## Beskrivningar av patienterna

### *”Adam”*

Första gången Adam förs på tal är han på besök hos teamet samtidigt som jag kommer för att sitta med vid ett av teamets ordinarie personalmöten. Malin möter mig i dörren, vi går in i ett annat rum eftersom, som Malin säger, ”han klarar inte flera personer samtidigt”. Jag får veta att han har diagnosen psykos i kombination med blandmissbruk. Han tar mediciner regelbundet. Som Malin ser det kan teamet stödja sociala nätverk och stötta när han mår dåligt. I bästa fall kan det märkas skillnad om ett till två år. Hon uppfattar honom som en ”fin kille i grunden” som, med rätt stöd, skulle kunna få en betydligt bättre social tillvaro.

Adam tillhör det flertal patienter som började komma till teamet i november. Vanligtvis besöker han Stödhjulet en gång i veckan, men uteblir under två perioder, båda gångerna ungefär i en månad. Vid ett möte i januari berättar teamet att han hamnat i dåligt sällskap och kommer att bli vräkt utan att ha något annat boende i sikte. Därefter blir Adam mycket riktigt också vräkt och har endast tillfälliga boenden – han ”flackar omkring”, som Malin uttrycker det. Trots att boendesituationen försvårar teamets arbete så fortsätter han att besöka Stödhjulet och kommer alltmer regelbundet. Enligt teamet visar det att han både vill och försöker ändra på sin situation. Han sitter också längre vid besöken, både mår och sköter sig bättre, även om missbruket är konstant.

Teamets uppfattning är att Adam ser Stödhjulet som sin friska del i tillvaron, samtidigt som hans dåliga sällskap hela tiden finns med i bakgrunden. Ett problem är också att man inte får veta så mycket om honom. Man bedömer det därför som att han behöver en lång motivationstid innan det kan bli frågan om någon mer omfattande behandling.

### *”Bengt”*

Bengt beskrivs som en grandios personlighet med ett relativt litet missbruk. Av dem som är inskrivna vid Stödhjulet är han en av de yngsta patienterna och dem teamet hoppas mest på. Han tros kunna komma ut i fast jobb om han får det stöd han behöver.

Bengt börjar komma till teamet i december och kommer sedan regelbundet två till tre gånger i veckan. Han visar genast ett stort kontaktbehov, stannar gärna ganska länge, pratar mycket och går inte därifrån i tid. Efter ett par månader tycker teamet att han blir märkbart bättre, ”mindre glamorös”, stabilare och kapabel att erkänna sina svagheter och rädslor. Han verkar förväntansfull och visar ökad tilltro och tillit till teamet.

Samtalsbehandlingen löper på planenligt under våren och fram till sommaren. Bengt blir deltidssysselsatt i juli och får sedan fler tillfälliga sysselsättningar. Därmed får han också bättre struktur i tillvaron. I juni slutar Bengt missbruka och är drogfri under ett par veckor, vilket inte inträffat på mycket länge. En anledning är han har en flickvän och börjar tänka på att skaffa barn; Bengt tycker att det inte vore rätt mot barnet att missbruka. Förhållandet tar slut under sommaren. I augusti återfaller han till missbruket och mår väldigt dåligt ett tag. Mot slutet av månaden får han ändå ett mindre jobb, som han klarar på ett bra sätt. Bengt känner ansvar och har enligt Malin ”enormt mycket etik och moral i sig”. Han är också hela tiden angelägen om att få komma till teamet.

Vid ett personalmöte i augusti pratar vi om Bengt, om hans utveckling och vilken roll teamet har. Lars anser att det blivit en stor förbättring, ”han är en helt annan människa, han har fått självförtroende”, säger han, och menar att det är viktigt att Bengt hela tiden visat tillit till teamets arbete. Inte minst är det ett stort framsteg att han varit drogfri för första gången på lång tid. De andra i teamet håller med. Det är överhuvudtaget stor skillnad på de samtal man har nu jämfört med hur det var förut. Numera kan Bengt vara sig själv och prata och skratta på ett mer normalt sätt, menar man. Det märks även i sättet att reflektera och i att det går att ifrågasätta det han gör. Förut erkände Bengt aldrig att han hade drogproblem. Numera använder han också sina pengar

till bättre saker. Malin tror att det går att nå målet med Bengt inom ett år, dvs. ett stabilare och bättre mående, sysselsättning och ett minskat eller inget missbruk.

När jag ställer frågan om vilken skillnad Stödhjulet gjort för Bengts del svarar Lars att det är tydligt att det gjort stor skillnad. Framför allt finns det betydligt större resurser att sätta in, bl.a. genom att teamet kan erbjuda en större tillgänglighet. Under den tid han mådde dåligt kunde man ge stöd och uppmuntran. På det hela taget får han numera det stöd han behöver och har på så sätt fått möjligheter som han aldrig haft förut.

### *”Conny”*

Conny är den patient som anses vara mest svårbehandlad och problematisk. Han kommer inte till avtalade tider, uppfattas som opålitlig och har många återfall i tungt missbruk av både alkohol och narkotika. Tidigare har han suttit i fängelse och varit inskriven vid flera olika behandlingshem, men varje gång återgått till sitt missbruk. Periodvis mår han mycket dåligt. Diagnosen är grav personlighetsstörning, något som han är ensam om bland Stödhjulets patienter. Han betecknas även som manipulativ och extremt självdestruktiv.

Lars beskriver Conny som ett mycket svårt fall och som en person som ”bränner alla skepp”: ”Han vill inte ett dugg, han kommer bara när han vill ha något. Han sköter inget åtagande. Vi gör upp planer för honom, men han håller aldrig några löften eller överenskommelser. Han måste bli tillräckligt dålig för att kunna behandlas ... Det krävs mer uppsökande verksamhet, man måste jobba annorlunda.” Lars anser att Conny inte kan hjälpas av teamet i nuläget – han kan, som Lars säger, ses som ”ett exempel på en av dem som teamet inte kan nå”. Det är också hans uppfattning att patienter med personlighetsstörningar är mycket svårare att behandla jämfört med dem som exempelvis har diagnosen psykos. ”Risken är att de tar över våra krafter”, säger han, och tillägger att ”man måste känna att det finns en respons” för att kunna göra några framsteg.

Under den tid Conny är inskriven vid Stödhjulet, från november och fram till augusti, dyker han endast upp sporadiskt. Efter april finns inget noterat besök. Han vill heller aldrig ha någon kontakt med teamet på eget initiativ. Teamet vill därför återremittera honom till psykiatrin.

### *”David”*

I jämförelse med Conny kan David sägas vara relativt oproblematiske. Hans missbruk av alkohol är ganska litet, han kommer regelbundet och är sysselsatt. Från det att han börjar gå till Stödhjulet i november och fram till augusti tar han antabus två gånger i veckan, dricker kaffe och pratar med teamet. Situationen blir emellertid kritisk i maj och juni, då David får en sysselsättning som är för krävande för honom. Följden blir ett drastiskt försämrat mående. Under ett par veckor är David intagen på Hudiksvalls sjukhus. I mitten av juli kommer han tillbaka till Stödhjulet och fortsätter därefter att besöka teamet regelbundet igen.

Enligt teamet var Davids försämring onödig och hade enkelt kunnat förebyggas om de som beslutade om hans ökade sysselsättning hade informerat och samrått med teamet, som väl känner till vad David klarar av. Det brast i samarbete från deras håll, menar man.

Trots den goda vilja David visat tycker teamet att det egentligen är tveksamt om han ska vara inskriven vid teamet. Frågan är om han ens har något missbruksproblem med tanke på att han dricker relativt små mängder alkohol. Han anses inte heller som tillräckligt begåvad för kunna tillgodogöra sig en CRA-behandling eller KBT i någon större omfattning. Problemet är att han kan bli psykotisk om han utsätts för stress. Teamet ser det därför som att det viktigaste är att hålla David lugn, styra och ”dämpa tokiga idéer”. Man kan erbjuda kaffe och socialt umgänge, stöttande insatser och motiverande samtal, men inte så mycket mer.

### *”Erik”*

Erik börjar gå till teamet i november och har kommit regelbundet sedan december. Hans diagnos är psykos och alkoholmissbruk. Han är rädd för nära kontakter, är svår att få ögonkontakt med, ”tittar i taket”. Under december och januari planerar teamet med att Erik ska kunna få

sysselsättning genom TTA (Trappa Till Arbete), men planerna blir aldrig av, då han får en sämre period i och med att han på eget bevåg slutar med sin medicinering. Teamet försöker sedan motivera Erik till att börja ta sin medicin igen.

I stort sett beskrivs ändå Eriks utveckling som positiv. Redan i december framhåller teamet att han har fått en trygghet som han inte haft förut och att han inte missbrukat under en period. Han slutar då också att använda sina pengar till missbruket. Vid ett personalmöte i februari tycker Malin att han blivit en ”annan kille”, att det känns lättare med honom. Man kan få ögonkontakt och får överhuvudtaget bättre respons. Som hon senare beskriver det har han framför allt fått en ”positiv utveckling i socialt samspel” och större trygghet.

Senare under året framhåller Malin även att Erik mår betydligt bättre och blivit alltmer angelägen om att få komma till teamet. Han kommer inte till Stödhjulet bara för att han måste, utan för att han märkt att det förbättrar hans mående och att han får det stöd han behöver.

### *”Fabian”*

Det dröjer ett tag innan teamet lyckas fånga upp Fabian, som inte kommer till de tider man avtalar med honom. Fabians första besök inträffar i slutet av januari, i samband med att han blir dömd till skyddstillsyn. Teamet gör från första början klart för honom att han måste genomgå ett drogtest för att få tillträde till Stödhjulets lokaler. Han har återkommande missbruksproblem och diagnosen bipolär. Trots att Fabian får antabus fortsätter han sitt missbruk.

Under våren tilltar missbruket. Vid ett personalmöte i början av juni dyker han oväntat upp. Lars tar hand om honom under början av mötet och berättar sedan att han ökat missbruket ytterligare och gått ner mycket i vikt. ”Det ser inte bra ut, han såg helt urgröpt ut i ansiktet”, säger Lars och menar att han riskerar att bli psykotisk och dessutom förlora förhållandet till sin flickvän. Under sommaren uteblir han helt under några veckor. Han får också varningar från övervakningsnämnden på grund av att han missbrakar under skyddstillsynen. Margareta menar att det är ett problem att han hela tiden kommer undan, ”det blir inga konsekvenser”, enligt henne.

I augusti fortsätter Fabian att komma till Stödhjulet, om än oregelbundet och inte alltid på rätt tid. Trots allt anser teamet ändå inte att hans beteende är hopplöst, utan hyser hopp om att kunna ”få ordning på honom också”. ”Han vill bli bättre, men har svårt att stå emot missbruket”, som Lars säger. Mot slutet av sommaren blir hans mående också mer stabilt och han ser friskare ut.

### *”Göran”*

I likhet med flera andra patienter vid Stödhjulet bedömer teamet Görans utveckling som allmänt positiv men framhåller samtidigt vikten av gå försiktigt fram. Göran går regelbundet till Stödhjulet från och med november. Diagnosen är psykos och alkoholmissbruk. Som teamet ser det gäller det framför allt att erbjuda Göran social träning, bygga förtroende, ge beröm, använda ”positiva förstärkare”. Det handlar hela tiden om små steg som är viktiga att uppmärksamma. Det går inte att tränga sig på utan man måste lämna reträttvägar och vara flexibel för att inte riskera att skrämja bort honom. Enligt Kent kan Göran vara ”riktigt otäck” när han blir dålig, farlig och aggressiv mot alla i sin omgivning. Utan stöd utifrån sitter han också ofta isolerad hemma.

Efter ett par månader tycker teamet att Göran ser friskare ut. Framför allt dricker han mindre. På längre sikt hoppas man att han kan få mer regelbunden sysselsättning och en förvaltare som kan hålla i hans ekonomi. Under våren börjar han dyka upp oftare, vilket uppfattas som mycket positivt. Malin tycker att han visar en bra tendens. Däremot menar hon att det är osäkert om han klarar av en mer omfattande KBT-behandling som CRA, utan att det troligen endast kan bli frågan om motiverande samtal.



### *”Hans”*

I början är Hans motvilligt inställd till att komma till Stödhjulet, han vill inte komma när han ska ha sin medicinering eftersom han känner sig pressad. På grund av medicineringen blir han slutligen ändå tvungen att besöka teamet. Sedan, från och med november, kommer han regelbundet en gång i veckan. Han har diagnosen psykos och missbrukar alkohol. Det märks direkt att det gör skillnad, att Hans gör förbättringar, vilket också dokumentationen bekräftar. Som teamet beskriver det rullar det på bra också fortsättningsvis. Hans minskar sitt missbruk och är sysselsatt på deltid genom Samhall.

Liksom när det gäller David och Göran ställer sig emellertid teamet tvekande till om Hans går att behandla i någon större omfattning. Det finns, som man säger, ”inte så mycket att bygga på”. Malin anser inte att CRA fungerar på Hans, utan att man bara kan använda KBT på valda delar; mest då, liksom Göran, i form av motiverande samtal. Förutom cannabissmissbruket är han också spelberoende och blir lätt utnyttjad av andra missbrukare. Han beskrivs även som mammabunden och ”livrädd för förändringar”. För att få ett bättre helhetsgrepp om Hans planerar teamet med att göra ett hembesök under hösten, med sikte på att eventuellt kunna ta över en del av kommunens boendestödsfunktion.

### *”Ivar”*

Ivar har varit inskriven vid Stödhjulet redan från det att verksamheten startar i september. Han missbrukar hasch och har diagnosen psykos. Till en början kommer Ivar regelbundet för samtal, tar antabus, minskar sitt missbruk och blir märkbart bättre. Efter jul återfaller han emellertid till missbruket och mår sämre igen. I februari försöker han begå självmord och blir inlagd vid Hudiksvalls sjukhus. Självmordsförsöket var väntat; han har försökt förut och talat om självmord flera gånger. Teamet ser det som en konsekvens av missbruket och hans dåliga självförtroende. Det finns ett flyktbeteende och, som Malin säger, ”mycket skam och skuld”. Samtidigt menar man att han ändå visar förtroende för teamet. Innan självmordsförsöket skickade han ett sms-meddelande där han skrivit ”hjälp”. ”Han vet att vi bryr oss, han släppte in oss”, säger Lars.

Teamet anser att man inte hade sett självmordsförsöket utan Stödhjulet och den förbättrade kontakten med Ivar. Han fortsätter också att komma till teamet. I början av mars skriver man ett kontrakt med Ivar och försöker på så vis bygga på hans positiva sidor. Teamet ser det som ett moraliskt kontrakt och samtidigt som ett påtryckningsmedel. Om han inte lever upp till kontraktet så får det negativa konsekvenser. Överhuvudtaget menar man att det är viktigt att visa på konsekvenserna av missbruket – även då att Ivar kan inse att självmordsförsöket är en följd av hans sätt att leva. Å andra sidan vill man inte hacka på det som är negativt eftersom Ivar är rädd för att bli sårad.

Under våren och sommaren fortsätter Ivar komma till Stödhjulet regelbundet, vanligtvis två gånger per vecka. Teamet samverkar med Stenbacken, där han får sysselsättning, och tycker att han börjar bli mogen för att kunna ta fler steg framåt. Åter igen minskar missbruket och är sparsamt jämfört med tidigare. Men även om han mår bättre igen så menar Malin och Lars att det inte är stabilt varken ifråga om mående eller drogberoende. Ivar måste ändra sitt missbruksbeteende och behöver enligt Lars ta ett steg till i behandlingen ”för att kunna stänga av missbruket”. Malin tycker att ”han visar vilja, men brister i förmåga”. Hon tror att ändå att han är på rätt väg i och med att man börjat prata om återfallen i missbruk och försöker se vilka fallgropar som finns.

I maj intervjuar jag Ivar för att få höra hur han ser på Stödhjulet och den behandling han fått. Under intervjun frågar jag bl.a. om vilka skillnader han tycker att den förändrade behandlingsformen gjort för honom och om vilken betydelse teamets bemötande har. I det följande återges det Ivar berättar i en sammanställd och förkortad form.

– Jag har haft mest med Malin att göra, hon känner mig väl, just när det gäller missbruksdelen. Kontakten med Lars har jag haft sedan två år, för samtal och den medicinska delen. Och så KBT-behandling hos Kaj sen september 2007.

Jag har varit här (dvs. hos teamet) två eller tre gånger i veckan. Jag har varit med från start, har ångestproblem, är deprimerad.

Malin och Lars kompletterar varandra. De fungerar bra ihop, det är ett bra samarbete.

För mig har teamet gjort mycket, det märks skillnad. Så här lugn har jag aldrig varit. Man får stöd. Det är lättare att komma hit ... Det är ett enormt stöd. Teamet kollar upp vad man gör, man blir aldrig lämnad ensam. Man blir accepterad som man är.

Förr var det fokus på missbruksproblem, nu är det ett helhetsarbete, så att man också ser andra problem.

Jag är positiv till KBT, det gör skillnad. T.ex. att kliva på bussen; jag har inte kunnat det förut, men det går bra nu. Jag får hemläxor, skriver ned känslor ... För mig är det klockrent (med teamet och KBT-behandlingen). Helt klart bästa lösningen.

Men det finns mer behov, det är för lite tid och resurser nu för att täcka de behov som finns. Jag känner till exempel till en del som sitter hemma men som skulle behöva hjälp. De behöver sökas upp, behöver vara mer i rörelse.

Det är mer ytligt på vanlig behandling, Malin och Lars är bra på att läsa hur man mår. Till exempel om man har självmordstankar; de ”stör” mig, ser det.

Det har saknats efterkoll (efter behandling) – man blir utanför sen. Det är viktigt med långsiktighet ... Kontakten med teamet kommer att vara viktig i framtiden också. Jag vill hålla kvar den, jag kommer att behöva det.

Sysselsättning är viktigt. Jag går på Stenbacken sedan 2004, det funkar bra, jag är där fem dagar i veckan, frivilligt. Jag är ju sjukpensionär.

Ett normalt svensson-liv vore en dröm. Men det är omöjligt, jag har mina erfarenheter. Det finns en distans från andra. Jag känner också själv distans, är avvaktande.

Sämst är att sitta isolerad. Man går hit (till teamet) fast man inte har lust alla gånger, det känns som att gå till jobbet. Man har en överenskommelse. Jag brukar ändå gå härifrån med ett leende.

Det är mycket en social grej. Jag kan slappna av här.

Teamet har ett mycket bredare kunnande. Man blir bemött på ett bättre sätt.

Lokalerna är också viktiga, det är inte institutionskänsla, som man är van med. Man ska känna sig hemma, det blir lättare att prata då. Man kan vara sig själv. Att det är en lättsam jargong betyder mycket, man kan slappna av.

Det här är min frizon. Jag har känslan av att jag kan komma när jag behöver. Jag räknar också med att få fortsätta så här den närmaste tiden.

## Analys och slutsatser

Vad jag kan se råder det ingen tvekan om att Söderhamns dubbeldiagnosteam Stödhjulet lyckats mycket väl med sitt uppdrag. Verksamheten har uppfyllt sitt primära syfte och är på god väg att infria de mål som satts upp, dvs. att få till stånd en förbättrad samverkan och att utarbeta en fungerande behandlingsmodell. I flera väsentliga delar har verksamheten gått över förväntan, med en relativ snabb och stor tillströmning av patienter. Kontakterna med patienterna är goda i samtliga fall utom ett (Conny) och behandlingen strukturerad för flertalet patienter. Som redan framgått är erfarenheterna av samverkan mycket positiva. Framför allt har teamet fått ökad personkännedom, breddade kunskaper och bättre möjligheter att hantera varje individs specifika problematik. Därmed har också nya och väsentligt bättre förutsättningar skapats för en betydande förbättring av patienternas mående och livssituation i stort.

Allt talar därför för att verksamheten bör fortsätta i samma form och med samma personal som hittills. Teamet har funnit ett väl fungerande arbetssätt både inom gruppen och i relation till patienterna. Samtidigt bör det betonas att styrkan i teamets arbetssätt till stor del ligger i att det är flexibelt och öppet för förändring. Under den undersökta perioden har teamet också i praktiken individanpassat behandlingen och använt sig av olika metoder och perspektiv.

Det finns enligt min mening flera skäl till varför teamet lyckats så pass bra som man har gjort. Ett tungt vägande skäl är givetvis teamets samlade erfarenhet och personkännedom. Eftersom alla har relativt lång erfarenhet av gruppen med dubbeldiagnos och sedan förut känner till de enskilda personerna från olika håll har man varit väl rustade och kunnat undvika onödiga misstag. Ett annat skäl ligger i den specifika gruppammansättningen, dvs. dels i en jämn könsfördelning, dels i att man kompletterar varandra yrkesmässigt och åldersmässigt, dels i att ”personkemin” är den rätta. Man kommer helt enkelt bra överens och har utbyte av varandras erfarenheter och kunnande. Ett tredje skäl är att teamet valt en behandlingsmetod (KBT) som alla tror på och känner sig bekväma med. Metoden har även fungerat i de flesta fall och resulterat i märkbara förbättringar för flera patienter.

Betydelsen av alla dessa faktorer har också påtalats tidigare och vägts in när teamet bildades. Men vad jag uppfattar som den kanske viktigaste och avgörande anledningen till teamets framgångar är ändå ett mer outtalat och underliggande skäl; nämligen den gemensamma grundsynen och det förhållningssätt man visat gentemot patienterna. Den allt överskuggande ambitionen har, som teammedlemmarna själva gång på gång framhållit, varit att bygga goda relationer – dvs. tillitsfulla och förtroendefulla relationer. Det är också just betydelsen av denna grundsyn jag velat understryka genom att rubricera verksamheten som ”ett värdigt bemötande”.

Det värdiga bemötandet handlar närmare bestämt om något så basalt som att individerna tillerkänns sitt människovärde. Genom den respekt och den välkomnande inställning teamet visat har man också vunnit patienternas förtroende och fått dem att känna att, som Ivar säger, ”man blir accepterad som man är”. Man har skapat en relation som bygger på ett erkännande som i sin tur är en förutsättning för att patienterna ska få bättre självförtroende och förmåga att känna trygghet och tillit. Med andra ord kan det värdiga bemötandet sägas vara nyckeln till att bryta gruppens sociala och samhälleliga utanförskap, särskilt då med tanke på att det rör sig om en grupp som oftast inte har att räkna med ett sådant bemötande.

Samtidigt som det är uppenbart att teamets bemötande av patienterna öppnar för nya möjligheter så står det emellertid också klart att det inte erbjuder någon enkel lösning. Som redan framhållits så blir verksamheten i flera avseenden snarare svårare och mer krävande. Till nackdelarna hör att det innebär en given begränsning av vilka patienter som går att behandla i den meningen att det är ett arbetssätt som förutsätter ömsesidig respekt, dvs. en aktiv medverkan och en ”god vilja” även från patienternas håll. När en patient som Conny inte alls vill ställa upp kan teamet inte heller göra något för honom. Det är också ett förhållningssätt som är mer krävande i meningen att det förutsätter personligt engagemang och en beredskap för att ”ta emot

ångest”. För att hantera detta får man även räkna med att teamet behöver extra tid för att stötta varandra inbördes. En annan sak att betänka är att man som personal inte heller längre är lika lätt utbytbar som tidigare eftersom relationen just är personlig och inte kan flyttas över till någon annan utan att man i så fall måste börja bygga relationen från början igen. Så sett blir verksamheten förhållandevis sårbar för förändringar och personalbyten. Å andra sidan kan sårbarheten sägas uppvägas av att teambildningen medför att personalen kan täcka upp för varandra på ett bättre och effektivare sätt än tidigare.

Varje relation som bygger på ett ömsesidigt erkännande medför dessutom ett åtagande eller kanske rättare sagt ett ansvarstagande. Att bygga förtroenden förpliktigar. Därmed kan man också säga att det innebär ett sorts risktagande, eftersom ett eventuellt svek kan upplevas som värre och svårare att hantera än i en mer distanserad relation. Ansvarstagandet gäller därtill på flera plan och i viss mån för alla inblandade parter; dvs. dels på ett personligt och mellanmänniskt plan, men dels också på ett institutionellt och samhällligt plan, i och med att verksamheten bedrivs inom ramen för samhällets offentliga sektor. Det ”nya” bemötandet har alltså ytterst sett medfört ett nytt slags samhällligt åtagande, men också omvänt sett ur patientens perspektiv att samhället kan erbjuda individen något mer än blotta diagnosen och behandlingen.

Slutligen aktualiserar teamets arbetssätt även en latent konflikt mellan olika typer av målsättningar. Konflikten gäller då närmast frågan om de mål som sätts för verksamheten i första hand ska vara individorienterade eller mer generella och begränsade, långsiktiga och livslånga eller tidsbegränsade (avslutningsbara) och följande på förhand fastställda vårdplaner. Men det väcker även en rad frågor om vilka värden och kunskaper som ska prioriteras i verksamheten. Vilka förmågor och kunnanden ger egentligen den mest framgångsrika behandlingen? De ”informellt” personliga eller de formellt professionella? Hur ska en god relation värderas i jämförelse med ett minskat missbruk? Kan det värdiga bemötandet betraktas som ett mål i sig eller är en effektiv behandling viktigare? Och vari ligger i så fall verksamhetens resultat? Går det att på något sätt uppskatta, gradera eller mäta ett förbättrat människovärde?

\*

Min bedömning av Stödhjulets verksamhet är att målen i första hand bör sättas utifrån individernas speciella behov. Det är också det mål, vid sidan om samverkansmålet, som satts för verksamheten och som teamet framhåller som viktigast. Ifall man ser till varje enskilt fall tycks det inte heller vara tal om att patienterna kan förväntas bli färdigbehandlade eller avslutade. Det behövs sannolikt snarare ett fortsatt stöd inom överskådlig framtid, en livslång ”backup”, och överhuvudtaget både just ett långsiktigt perspektiv och ett helhetsperspektiv. Det har dessutom visat sig vara frågan om en mycket heterogen och skör grupp med högst olikartade livsöden och förmågor, vilket gör att det är inte bara är svårt att sätta generella och kortsiktigt mätbara mål, utan också vanskligt eller rentav vilseledande. Varje patients utveckling kännetecknas av bakslag, av perioder med bättre och sämre mående, och av yttre händelser utom teamets kontroll. Vad man ser vid ett visst tillfälle kan därmed vara något helt annat än om man ser till helhetsbilden.

Vad som framgår i denna utvärdering är emellertid att samtliga patienter utom en fått bättre vård och tenderat att få ett stabilare och bättre mående, samt i flertalet fall även ett minskat missbruk. Därigenom har Stödhjulet sannolikt också avlastat annan vård. En annan samhällsvinst är att patienterna överlag uppträtt mindre störande i och med att missbruket minskat. Min uppfattning är därför inte att de olikartade målen nödvändigtvis måste stå i motsats till varandra; vad Stödhjulet visar är snarare att man kan nå båda typen av mål, dvs. både kortsiktigt mätbara och individorienterade mål. Likaså visar teamets arbetssätt på att man mycket väl både kan arbeta ”informellt” och samtidigt professionellt, eller rättare sagt att det bästa troligen just är en kombination av bådadera.

Den återstående frågan är bara vilket mål som ska sägas ha högsta prioritet. Jag anser då att Stödhjulets verksamhet visar vilken avgörande betydelse det har att inte glömma bort själva

grundförutsättningen för att en behandling överhuvudtaget ska uppfattas som meningsfull – nämligen att patienten ifråga kan känna att han har ett människovärde i andras ögon. Därför ser jag det också som fullt rimligt att inte bara sätta det som ett mål för verksamheten, utan även att tillmäta det en överordnad betydelse. Som mål betraktat är det dessutom fullt tillräckligt i sig.

Till sist vill jag tillägga att det inte heller verkar orimligt att hävda att samhället har ett särskilt ansvar för gruppen av personer med dubbeldiagnos, med tanke på att de ofta förnekats den vård de behövt eller endast uppfattats som besvärliga och problematiska. Som sagt rör det sig om människor som både är utsatta och stigmatiserade, och i regel saknar gängse sociala skyddsnät. Genom att i stället erbjuda ett erkännande är det inte omöjligt att samhället slutligen rentav kan få något positivt i gengäld: dvs. ett återvunnet förtroende för samhället – och därmed ett brutet utanförskap.

## Källor och litteratur

### *Intervjuer/ muntliga källor*

- Möte med dubbeldiagnosteamets personal 2007-10-05.  
Samtal/intervju med Malin Thurfjell 2007-10-05.  
Samtal/intervju med Kent Tallberg 2007-10-08.  
Samtal/intervju med Margareta Alm Nilsson 2007-10-08.  
Samtal/intervju med Lars Alm 2007-10-08.  
Möte med dubbeldiagnosteamet och styrgrupp 2007-10-18.  
Möte med dubbeldiagnosteamet och ledningsgrupp 2007-11-12.  
Möte med dubbeldiagnosteamets personal 2007-11-23.  
Möte med dubbeldiagnosteamets personal 2007-12-21.  
Möte med dubbeldiagnosteamets personal 2008-01-11.  
Möte med dubbeldiagnosteamets personal 2008-01-18.  
Möte med dubbeldiagnosteamets personal 2008-01-25.  
Möte med dubbeldiagnosteamets personal 2008-02-08.  
Möte med dubbeldiagnosteamets personal 2008-02-15.  
Möte med dubbeldiagnosteamet och styrgrupp 2008-02-22.  
Möte med dubbeldiagnosteamets personal 2008-03-10.  
Möte med dubbeldiagnosteamet och ledningsgrupp 2008-03-31.  
Möte med dubbeldiagnosteamets personal 2008-04-21.  
Möte med Kristina Nilsson och Karin Wiklander 2008-04-25.  
Möte med dubbeldiagnosteamet och ledningsgrupp 2008-04-28.  
Samtal/intervju med patienten "Ivar" 2008-05-30.  
Möte med dubbeldiagnosteamet och styrgrupp 2008-06-02.  
Möte med dubbeldiagnosteamets personal 2008-06-25.  
Möte med dubbeldiagnosteamets personal 2008-08-06.  
Möte med dubbeldiagnosteamets personal 2008-08-20.  
Möte med dubbeldiagnosteamet och ledningsgrupp 2008-08-25.  
Möte med dubbeldiagnosteamets personal 2008-09-03.

### *Litteratur*

- Cohen, Stanley, 2005. Visions of social control. Cambridge (Polity Press).  
Hallerstedt, Gunilla (red.), 2006. Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande. Göteborg (Daidalos).  
Kåver, Anna, 2007. KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi. Stockholm (Natur & Kultur).  
Källtorp, Ove, 2007. Att förebygga hemlöshet. Utvärdering av samverkan mellan bostadsföretag, kommun och landsting för stöd till hyresgäster med psykiska funktionshinder. Gävle (X-fokus, Gävleborgs kommuner och landsting).  
Svensson, Lotta, 2006. Vinna och försvinna? Drivkrafter bakom ungdomars utflyttning från mindre orter. Linköping (Linköpings universitet).  
Westring-Nordh, Marianne, 2007. Det är inte bara att lägga schema! Implementeringsprocesser av flexibla arbetstidsmodeller i kommunala sociala omsorgsverksamheter. Luleå (Luleå Tekniska Universitet).



## Ett värdigt bemötande

### Utvärdering av Söderhamns dubbeldiagnosteam "Stödhjulet"

Söderhamns dubbeldiagnosteam "Stödhjulet" påbörjade sin verksamhet september 2007. Sedan dess har teamet behandlat ett tiotal personer med dubbeldiagnos, dvs. med någon form av psykisk sjukdom i kombination med missbruksproblem. Verksamheten bygger på samverkan mellan kommun (socialtjänst och boendestöd) och landsting (vuxenpsykiatri) och har som mål att utarbeta en mer individanpassad behandlingsmodell.

I denna rapport beskrivs hur teamets arbete utvecklats under det första året, dels ifråga om hur samarbetet fungerat inom teamet, dels vad gäller relationen till patienterna. Rapporten utgår från ett processperspektiv som förutsätter att verksamheten följs på nära håll och kontinuerligt genom samtal och intervjuer. Forskningsansatsen är interaktiv, med intentionen att inta en både stödjande och kritiskt granskande roll.

Mikael Vallström disputerade i etnologi vid Uppsala universitet i juni 2002 på avhandlingen Det autentiska Andra. Etnografi, etik och existens. Har sedan dess haft anställning som forskare vid Riksantikvarieämbetet i Stockholm och vid FoU Söderhamn.



**Mikael Vallström**  
FoU Söderhamn  
CFL – Centrum för flexibelt lärande  
Södra Järnvägsgatan 7  
826 80 Söderhamn  
mikael.vallstrom@soderhamn.se  
Tel: 0270-766 37  
www.cfl.soderhamn.se

---

## FoU Söderhamn

FoU Söderhamn är ett tvärvetenskapligt forsknings- och utvecklingscentrum med fokus på frågor som rör utvecklingsprocesser. Ambitionen är att vara en drivkraft i arbetet med hållbar regional utveckling. FoU Söderhamn erbjuder analyser och utvärderingar av olika slag på uppdrag av företag och organisationer. Varje uppdrag är unikt och undersökningsmetoderna anpassas därefter. Hos FoU Söderhamn finns doktorander, forskare och professorer anknutna till olika lärosäten i Sverige. Exempel på forskningsområden är ungdomar, utbildning, kulturarv, arbetsliv, innovationsteknik och entreprenörskap och det bedrivs ett stort antal regionala, nationella och internationella utvecklingsprojekt.

Grunderna i verksamheten kommer från det forsknings- och utvecklingscentrum, FoU-Centrum Söderhamn, som byggdes upp år 2000 tillsammans med bland andra dåvarande Arbetslivsinstitutet.

**Bakom FoU Söderhamn står CFL-Centrum för flexibelt lärande**, Söderhamns kommuns organisation för vuxnas lärande. CFL är beläget i området Faxepark.

