

Den könskodade samsjukligheten

- En kvalitativ studie om hur socialsekreterare talar om samsjuklighet i förhållande till kön.

Av: Mollie Lang & Sofia Eriksson

LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan

Kandidatuppsats SOPA63
Aktuell termin ht 14



Handledare: Anna Tegunimataka

Abstract

Authors: Mollie Lang & Sofia Eriksson

Title: Gender codificated comorbidity – a qualitative study of how social workers speak of comorbidity and gender [translated title]

Supervisor: Anna Tegunimataka

In this study, our aim is to analyse if social workers construct sex and maintain gender differences in their approach to men and women with comorbidity. We define a comorbid person as someone sustained from mental illness in general and who at the same time use substances. We apply a qualitative method with semi-structured interviews where we interview social workers who work with substance use in different social service offices. We analyse our material by using a social constructivism theory and Judith Butler's gender theory to understand the construction and significance of sex and gender. We find that social workers construct gender and sex when they speak of comorbidity and thus reconstruct gender perceptions of what is feminine and masculine. Comorbidity becomes a gendered codification where social workers assign women and men different qualities based on expectations of their gender.

Keywords: sex, gender, comorbidity, substance use, mental illness

Nyckelord: kön, genus, samsjuklighet, missbruk, psykisk ohälsa

Förord

Vi vill tacka Anna Tegunimataka för en utmärkt handledning från idé till färdig uppsats. Ett stort tack vill vi även förmedla till Tina Mattsson som har stöttat oss och kommit med många kloka ord under uppsatsens gång. Men främst vill vi tacka samtliga socialsekreterare som har tagit sig tid och gjort denna uppsats möjlig. Sist vill vi tacka våra närmaste vänner Josefina Kleiman och Hanna Runervik för gott sällskap och mycket skratt under dessa månader.

Innehållsförteckning

Inledning	5
Problemformulering	5
Syfte	8
Frågeställningar	8
Avgränsning	8
Bakgrund	9
Frivillighet och tvång	9
Kvinnor och män med sociala problem	10
Behandling av män och kvinnor	11
Tidigare forskning	12
Samsjuklighet och genus	12
Missbruk och genus	13
Teori	17
Socialkonstruktivism	17
Samsjuklighet som social konstruktion	18
Kön och genus	18
Metod	21
Val av metod	21
Urval	22
Metodens förtjänster och begränsningar	23
Metodens tillförlitlighet	25
Bearbetning av data	26
Etiska överväganden	27
Resultat och analys	29
Samsjuklighet	29
Att söka och ta emot hjälp	29
Samma problematik, olika fokus	33
Samsjuklighetens två ben	36
Missbrukets roll.....	36
Den psykiska ohälsans roll.....	39
När de går emot diskursen	41
Sexualitet	42
Socialekreterarens egna genus	46
Diskussion och slutsats	52
Referenser	56
Bilaga 1	59
Bilaga 2	60

Inledning

Det sociala arbetet är komplext och dess komplexitet tas i uttryck i sociala problem som finns i vårt samhälle. Sociala problem kan ses som *karaktärsegenskaper* eller *beteenden* hos individer och grupper men kan även förknippas till specifika *områden*, *brister* i samhället eller som *konsekvenser* av andra problem (Meeuwisse & Swärd 2002). Detta visar hur det sociala arbetets praktik är komplext och problematiskt där ingenting endast är svart eller vitt. Sociala problem är aldrig fasta i sitt sammanhang utan ändrar form och får nytt fokus beroende på tid och rum vilket bidrar till det sociala arbetets ständiga variation och vad vi idag ser som sociala problem (ibid.). Vi har under vår utbildning sett att det är sällan som sociala problem står ensamma utan även här är det komplext. En redan existerande sociala problem kan utbreda sig till andra sociala områden. Ett exempel på sådan problematik är *samsjuklighet*. Vid samsjuklighet handlar det om två sociala problem, missbruk och psykisk ohälsa. Dessa två problemområden skapar var och en tillräckligt med problematik men i detta fall samspelar missbruket och den psykiska ohälsan med varandra vilket gör det intressant.

Problemformulering

Psykisk ohälsa är vanligt bland personer som har ett missbruk och ett beroende, likaså är det vanligt förekommande att personer med psykisk ohälsa utvecklar ett missbruk eller beroende (Socialstyrelsen 2014; Armelius et. al 2002:1; Chen et al. 2011). Denna problematik är vad som går under benämningen samsjuklighet, där en person både uppfyller kriterierna för ett missbruk och samtidigt har någon form av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen 2014). Socialstyrelsen (2014) presenterar resultat som åskådliggör att 30-50 procent av de personer som vårdas för sitt missbruk samtidigt har någon slags psykisk sjukdom, så som ångest- och depressionssjukdomar eller personlighetsstörningar. Omkring 20-30 procent av de personer som vårdas för sin psykiska ohälsa har samtidigt ett missbruk eller beroende (ibid.). En ytterligare faktor som gör samsjuklighet som problematik intressant är att tillståndet behandlas av två olika lagstiftningar. Den psykiska

ohälsan står under hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och missbruket står under socialtjänstlagen (2001:453). Samsjuklighet rör sig alltså i två olika lagrum, inom två olika områden, samtidigt som det är en och samma sjukdomsbild - att ha ett missbruk och lida av psykisk ohälsa. Det blir tydligt att samsjuklighet är ett socialt problem som är väldigt komplext och problematiskt.

När ett fenomen beskrivs som ett socialt problem, namnges inte bara fenomenet utan även en grupp människor (Hydén 2006). Likt att problem skapas när en grupp är socialt odefinierade kan även problem skapas när de blir socialt definierade. Det sociala arbetet berör främst sårbara och stigmatiserade grupper som sällan kan föra sin talan eller har makt att påverka ojämlika förhållanden. Inom socialt arbete finns det en oro att som socialarbetare fastna i att definiera klientgrupper utifrån stereotyper som bygger på kvinnligt och manligt. Dock blir det maktförhållanden som råder inom det sociala arbetet det som upprätthåller könsföreställningar och påvisar att det sociala arbetet har patriarkala drag. Ett exempel är att kvinnan ofta ses som objekt, "den misshandlade kvinnan" och där mannen ses som subjekt. Kvinnan definieras utefter vad mannen ger henne för roll och detta måste kvinnan sedan förhålla sig till. Kön är någonting som ständigt närvarar inom det sociala arbetet och måste därför ständigt problematiseras i praktiken (ibid.).

Vid samsjuklighet som socialt problem har även här könsfrågan lyfts fram och problematiserats. En studie av Chen et al. (2011) visar att majoriteten av de patienter som genomgick tvångsvård för sitt missbruk även hade en psykisk sjukdom. En intressant aspekt som presenterades i resultatet var att de kunde se att kvinnor i större utsträckning led av samsjuklighet. Undersökningen visade att det fanns ett samband mellan samsjuklighet och kön och att detta vidare kunde analyseras ur ett genusperspektiv (ibid.). En annan studie av Zilberman et al. (2003) konstaterar att det råder skillnader mellan könen och hur vi ser på samsjuklighet - när en person har missbruksproblematik och psykisk sjukdom. Samsjuklighet beskrivs vara vanligare bland kvinnor än bland män (ibid.). Enligt Zilberman et al. (2003) är det mindre accepterat för kvinnor att vara missbrukare och därför är kvinnor mer utsatta i sitt missbruk. Detta leder i sin tur till att kvinnor löper större risk att utveckla psykisk ohälsa (ibid.). Studierna ovan visar

hur samsjuklighet kan ses som könskodad och hur föreställningar om kön skapar och definierar samsjuklighet. Kön, sexualitet, klass och etnicitet vävs alltid in i det sociala arbetet genom viljan att göra samt skapa det normala (Mattsson 2007). Viljan att skapa och göra det normala återskapar och upprätthåller strukturer. Vidare är det socialarbetaren som får en betydande roll i det sociala arbetets praktik, från möte, utredning, bedömning till behandling (Hydén & Månsson 2006). Det sociala arbetet utförs till stor del inom socialtjänst där socialsekreterare dagligen möter personer med olika omfattande problematik. Det är här vi finner relevans att närmare betrakta den roll som socialsekreterare på socialtjänst spelar i mötet med kvinnor och män som lider av samsjuklighet. Personer som kommer i kontakt med socialtjänst är en utsatt grupp i behov av hjälp från socialarbetare. Den hjälp och det stöd som socialtjänsten ska erbjuda bör alltid styras av personens behov och inte behov som personen förutsätts ha av samhället. För oss blir det intressant att studera på vilket sätt vi kan se en återspeglning av de normer och föreställningar som råder om kön i hur socialsekreterare talar om kvinnor och män med samsjuklighet. Vi ser att det är viktigt för det sociala arbetet med en medvetenhet om könsnormer. Hur en man och kvinna förväntas vara är en aspekt som både samhälle och individ förhåller sig till och för det sociala arbetet blir frågan om kön viktig då det handlar om ett arbete med redan utsatta grupper. Därför vill vi titta på vilket sätt socialsekreterare konstruerar kön samt förhåller sig till kvinnligt och manligt i mötet med personer med samsjuklighet. Det blir relevant att studera socialsekreterare då även de, i sitt arbete, förhåller sig till den tvingande könsnormen. Samsjuklighet är en problematik som redan är komplext i sig själv och det sociala arbetet likaså. Då det sociala arbetet har patriarkala drag (Hydén 2006) blir det intressant att se hur detta kan tas i uttryck i socialsekreterares möte med samsjuklighet inom missbruksvården.

Syfte

Vårt syfte är att undersöka hur socialsekreterare konstruerar kön och upprätthåller könsskillnader i deras sätt att tala om män respektive kvinnor med samsjuklighet.

Frågeställningar

- På vilket sätt påverkas socialsekreterare av könsföreställningar i deras sätt att tala om samsjuklighet?
- På vilket sätt konstruerar socialsekreterare kön i deras sätt att tala om kvinnor respektive män med samsjuklighet?
- Vilka egenskaper förknippar socialsekreterare med kvinnor respektive män med samsjuklighet?

Avgränsning

I denna uppsats är det förhållandet mellan missbruk och psykisk ohälsa som genomgående kommer att definieras som samsjuklighet. Detta för att bredda vårt undersökningsområde samt möjliggöra mer djupgående samtal med socialsekreterarna som mött kvinnor och män med samsjuklighet. I den tidigare forskningen om samsjuklighet benämns den psykiatriska problematiken som *psykisk störning*, *psykisk sjukdom* eller *psykisk ohälsa*. Vi har medvetet valt att inkludera all sorts psykisk ohälsa, både diagnostiserad och icke diagnostiserad och därmed tala om psykisk ohälsa i sin helhet.

Bakgrund

I detta avsnitt kommer vi att presentera lagstiftningarna som omger samsjuklighet samt hur man på olika vis kan betrakta män och kvinnors sociala problem och vårdbehov. Genomgående kommer missbruksvården att vara referensram och lyftas fram då vår studie har denna utgångspunkt. Vi kommer även förklara hur ett genusperspektiv kan synliggöra skillnaderna som görs mellan kön i det sociala arbetets praktik.

Frivillighet och tvång

Samsjuklighet regleras av två frivilliga lagar samt två tvångslagar då det handlar om ett problemområde som inom svensk lagstiftning separerats från varandra; missbruk och psykisk ohälsa. År 1982 trädde vår socialtjänstlag (2001:453) i kraft även lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (fortsättningsvis refereras som LVM) (Edman 2004). Detta gjorde att tvångsinslagen och frivilligheten separerades från varandra för personer med ett missbruk eller beroende.

Utgångspunkten var att vården skulle ske på frivilliga grunder och att det endast i undantagsfall skulle ske mot den enskildes vilja (ibid.). Syftet med LVM presenteras i den 3 § där tvångsvården ska genom behövliga insatser motivera missbrukaren så att han eller hon kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Syftet med denna tvångsvård är inte att den som missbrukar ska bli fri från sitt missbruk utan motiveras till fortsatt frivillig behandling. Vid psykiatrisk vård behandlas den person som samtycker till frivillig vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Förekommer inget samtycke för frivillig psykiatrisk vård kan behandling ske enligt tvångslagen lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (fortsättningsvis refereras som LPT). Syftet med LPT, likt syftet med LVM, presenteras i 2 § 2 st. där tvångsvården ska syfta till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver. Först och främst är det alltid den frivilliga vården som ska tillgripas vid behandling av personer med missbruk, psykisk ohälsa eller samsjuklighet. Vid

tvångsvård för personer med samsjuklighet kan dock båda tvångsvårdslagarna LVM och LPT bli aktuella.

En omfattande missbruksutredning (SOU 2011:35) gjordes för att undersöka hur missbruksvårdens insatser och ansvarsfördelning kunde förbättras. Utredningen visar att personer med samsjuklighet ofta drabbas negativt av det dubbelansvar som finns. Det förekommer ofta att landstinget nekar personer med samsjuklighet behandling av den psykiska ohälsan med hänvisning till att kommunen, missbruksvården, måste behandla missbruket i första hand. Vice versa nekar kommunen behandling av missbruksproblematiken med hänvisning till att den psykiska ohälsan först måste behandlas. Personer med samsjuklighet mellan missbruk och psykisk ohälsa har därför särskilt svårt att få tillgång till adekvat vård (ibid.).

Kvinnor och män med sociala problem

När man studerar sociala problem och hur dessa tar sig uttryck hos män och kvinnor synliggörs tendenserna till segregering och hierarkisering mellan könen (Kullberg et al. 2012). Den hierarkisering som råder mellan könen bekräftas exempelvis genom att kvinnans sociala problem tenderar att, till skillnad från mannen, ses mer inåtriktade, speglade av självdestruktivitet och passivitet. Mäns problematik framställs mer som destruktiva, hotande och utmanande. Här menas det att olika sociala problems framträdande mellan könen är ett uttryck för de över- och underordningar som råder mellan män och kvinnor i samhället (ibid.).

Inom missbruksvården ser Hertz och Kullberg (2012) att kvinnor ofta blir dubbelstigmatiserade. Detta då kvinnor både avviker på grund av sitt missbruk men även avviker från de förväntningar som finns för hur kvinnor bör vara. Kvinnans missbruk hävdas även, till skillnad från mannens, vara starkare relaterat till psykiatrisk problematik (ibid.). Vid psykiska och emotionella problem tenderar professionella inom socialt arbete att i mindre utsträckning diagnostisera och behandla män jämfört med kvinnor. En somatisk diagnos föredras när patienten är en man och en psykosomatisk diagnos föredras vid behandling av kvinnor (Kullberg et al. 2012).

Behandling av män och kvinnor

I Sverige har missbruksvården varit könsuppdelad under många år och det har ofta motiverats som ett sätt att hantera sexuella drifter som finns hos de människor som vården ska disciplinera (Mattsson 2005). Att kvinnor och män med samsjuklighet skulle ha olika vårdbehov har inte kunnat beläggas men visst stöd finns för könsuppdelad behandling för kvinnor med missbruksproblem då framförallt dessa kvinnor varit utsatta för sexuella övergrepp eller fysiskt våld (SOU 2011:35). Edman (2004) skriver om hur vården av missbruksproblem fram till 60-talet separerade könen i behandlingen i form av olika behandlingsfokus. Under 1970-80 talet var dock könsblandad vård föreskriven efter lyckat resultat vid vård av heterosexuella par tillsammans i behandling. Den könsuppdelade behandlingen kritiserades nu istället för att ha en sexuell laddad atmosfär då det uppstått många homosexuella relationer på dessa institutioner. Vidare motiverades könsblandade institutioner som viktiga för normaliseringsprocessen då samhället består av både män och kvinnor (ibid.). Detta ser vi som exempel på hur kön och sexualitet blir orsak till vilken behandling du får och hur behandlingen motiveras. Vi skulle kunna se det som att klienternas kön och sexualitet spelade en större roll än deras sociala problematik. Under 70-talet ersattes dock målbeskrivningarna som syftat till normalisering och könsspecifik behandling med en behandling där det istället fokuserade på den sociala problematiken (Edman 2004). Behandlingen av missbruk förlorade till viss del sin könsspecifika karaktär och tvångsvården gick ut på att undvika dödsfall och inte att arbeta för en normalisering vid behandling (ibid.). Dock kritiserades de könsblandade institutionerna under 80-talet då behandlingen sågs utformas efter männens behov och kvinnoperspektivet synliggjordes inte (Mattsson 2005). Kvinnorna som behandlades fick ansvara för att ha en lugnande effekt på männen och kvinnorna för därför illa i behandlingen och riskerade även att utsättas för sexuella övergrepp (ibid.). Detta visar hur könsroller blir tydliga och hur förväntningar på kön förekommer och upprätthålls inom det sociala arbetet och påverkar klienternas vård och behandling.

Tidigare forskning

I detta avsnitt redogör vi för tidigare forskning för att motivera våra frågeställningar och syfte med uppsatsen. Både nationell och internationell forskning kommer att belysas inom det aktuella området.

Samsjuklighet och genus

En studie av Zilberman et al. (2003) visar att kvinnor är överrepresenterade inom gruppen missbruk och psykisk ohälsa, samsjuklighet. Hos kvinnliga missbrukare har det även funnits att den psykiska ohälsan ofta föregått missbruket. Kvinnor som har ett missbruk utgör en väldigt sårbar grupp i befolkningen och löper stor risk att utveckla samsjuklighet. En förklaring som ges är att det är mindre socialt accepterat för kvinnor att använda droger till skillnad från män (ibid.). En annan studie av Shoeber och Annis (1996) visar hur kvinnor med ett missbruk och psykisk ohälsa i större utsträckning söker hjälp inom allmän hälsovård eller psykiatri och inte inom missbruksvården. Studien visar att det är mindre sannolikt att kvinnor, till skillnad från män, får en specialiserad behandling direkt riktad till sitt missbruk (ibid.). Som Landheim, Bakken och Vaglums (2003) studie visar, råder det skillnad mellan hur vi ser på den samsjuka mannens och kvinnans behov och hur detta i sin tur påverkar valet av behandling. De presenterar i sitt resultat att kvinnor igen är överrepresenterade vid kombination missbruk och ångest, depression, social fobi samt ätstörningar. Vid sambandet tyngre psykisk ohälsa och missbruk ses missbruket vara den tyngsta bestämningsfaktorn till varför det inte är så stor skillnad mellan könen vid allvarigare psykiatrisk problematik. Dock vid lättare psykisk ohälsa såsom ångest och depression tillsammans med missbruk spelar kön en avgörande roll och kvinnor är här fler inom denna kategori (ibid.).

Missbruk och genus

Mattsson (2005) har i sin avhandling studerat missbruksvården ur ett genusperspektiv och följt två institutioner, en för män och en för kvinnor. Studien visar hur personalen konstruerar kön vilket resulterar i ett vidmakthållande av rådande könsmaktsordning. Den kvinnliga behandlingspersonalen förväntades ha ansvar för fysisk kontakt samt ha en tröstande roll gentemot de kvinnliga intagna. Den manliga personalen hade i uppgift att visa en motsatt bild av hur en man är till skillnad från vad personalen antog att kvinnorna mött för typ av män. Den manliga personalen skulle visa hur en bra och god man var. Detta visar tydligt hur den manliga och kvinnliga personalen hade två olika roller och två olika uppgifter på institutionerna. Även behandlingsarbetet skedde utifrån föreställningar om kön och den heterosexuella normen. Personalen pratade om de intagna kvinnorna som manhaftiga och oattraktiva. Kvinnorna skulle göras om efter samhällets ideal kring skönhetsvård och mode. Männerna sågs däremot som sexuella subjekt som behövde lära sig att tygla och kontrollera sin sexualitet. Studien visade hur kvinnorna skulle göras till feminina kvinnor medan männens maskulinitet inte sågs som något som behövde omformas. Männens kön var inget problem medan kvinnors femininitet ständigt problematiserades. Detta visade tydligt hur maskuliniteten var och är normen och därför svår att undersöka (ibid.). Mattsson (2005) lyfter vidare fram det normala som skapas inom det sociala arbetet samt hur den normaliserande praktiken upprätthåller samhällsnormer om hur kvinnor och män bör vara.

Laanemets och Kristiansens (2008) studie, liksom Mattssons (2005) studie, granskar institutioner ur ett genusperspektiv. I denna studie granskades institutioner för både ungdomar och vuxna. I vården av ungdomar fanns en stark betoning på uppfostran (Laanemets & Kristiansen 2008). Studien visade att det rådde skillnad i hur flickor och pojkar på institutionerna behandlades. Pojkarna påvisades en raket och ett auktoritärt förhållningssätt från personalen men även hårda konfrontationer fördes mellan pojkarna och personal där toleransen för regelbrott var låg. Pojkarna fick inte visa oro, vara ledsna eller visa variation av beteende- och utvecklingsmöjligheter. Bemötandet av flickorna från personalens

sida handlade mer om att komma flickorna nära. Flickorna sågs som sköra och det fanns ett sökande efter handlande i deras historier som skulle visa på emotionella faktorer till deras beteende. Till skillnad från pojkarna tilläts flickorna att i större utsträckning uttrycka känslor och beteende samt att toleransen var högre med flickorna vad gällande regelbrott. På institutionen för ungdomar syntes tydliga skillnader i själva syftet med kontrollen mellan könen, där pojkarna behövde kontrolleras för att skydda personalen och där flickorna behövde kontrolleras för att inte skada sig själva. Under observationerna i studien påvisades att det fanns en bild av att könen står i motsats till varandra och att detta i sin tur främjar vidmakthållande av de traditionella könsrollerna, vad som anses vara manligt och kvinnligt (ibid.).

Laanemets och Kristiansens (2008) studie konstaterar likt Mattssons (2005) studie, att personalens förhållningssätt ändras vid talan om sexualitet beroende på vilket kön de möter. Flickornas sexualitet problematiserades och gjordes till objekt och pojkarna sågs som sexuella subjekt (Laanemets & Kristiansen 2008). Vid institutionen för vuxna hade ingen av avdelningarna en målsättning för att klientens syn på kön skulle utvecklas utan institutionen bidrog i behandlingen till att vidmakthålla och befästa könsföreställningar och könsstrukturer. Även på institutionen för vuxna problematiserades kvinnornas sexualitet samtidigt som männens sexualitet inte berördes. Studien visar att genus- och könsfrågor hade en central roll på institutionerna men att detta inte iaktogs eller problematiserades i behandlingen vilket ger en tydlig bild över hur kön konstrueras av personalen (ibid.). En intressant aspekt i studien är att majoriteten på båda institutioner var pojkar och män vilket även här kan kopplas till Annis och Shoebers (1996) studie, där det fanns färre kvinnor med samsjuklighet inom vården för sitt missbruk. Vad alla studier har gemensamt är den skillnad som dras mellan kön, egenskaper, behov och vård kan påvisa de patriarkala drag som råder inom det sociala arbetets praktik.

En studie gjord av Andersson (1998) berör svårigheterna som finns vid behandling av flickor och pojkar på en ungdomsvårdsskola. Resultatet visade att pojkar uttrycker våld, är utåtagerande, impulsstyrda och aggressiva. Flickor ansågs vara svåra, bära saker inom sig och vara djupare på ett psykiskt plan

(ibid.). Likt det som Laanemets och Kristiansen (2008) kunde se i att kvinnor och män ses som varandras motsatser, kan vi även se i det som Anderssons (1998) resultat påvisar. Andersson (1998) förklarade hennes resultat delvis genom den psykopatologiska diskursen där flickors problematik betonades med självdestruktivitet och som känslomässiga. Den andra förklaringen är den manliga grammatiken där flickornas sätt att uppträda tolkas med referenser till mannen som norm där det manliga beteendet blir referensram (ibid.). Precis som i Mattssons (2005), Laanemets och Kristiansens (2008) studier beskrivs pojkarna och flickorna olika och kan ses behandlas utifrån föreställningar om egenskaper och sexualitet kopplade till deras kön.

Vogels (2012) studie undersöker hur situationen ser ut för en grupp ungdomar efter avslutad institutionsvård som ska skrivas ut till vård i öppen form. Studiens resultat analyseras utifrån kön, klass och etnicitet. Resultatet visar hur den mest framträdande problematiken hos pojkar är brottslighet och hur den psykiska ohälsan lyfts fram som flickornas huvudsakliga problematik (ibid.). Dock lyfter Vogel (2012) fram att många av pojkarna mådde psykiskt dåligt och vad gäller flickor och kriminalitet fanns det en skillnad mellan självrapporterade uppgifter från flickorna och vad som faktiskt registrerades angående deras kriminalitet.

Schlytters (1998) studie handlar om bedömning av unga utifrån ett könsperspektiv vid tvångsvård enligt lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Hon har valt att fokusera på 3 § 1 st. i LVU där vård skall också beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende. Schlytter (1998) studerar om flickor bedöms annorlunda eller utifrån andra normer än pojkar vid bedömningen kring 3 § samt vad dessa normer i så fall uttrycker. Studien visar att dubbelt så många pojkar som flickor fick vård enligt 3 § och hur pojkar i betydligt fler fall får vård i samband med brottsrekvisitet. I studien nämns att fler män än kvinnor har missbruksproblematik men att det även är mer accepterat för män att ha ett missbruk. Missbruksrekvisitet vid beslut om vård av unga används nästan i samma utsträckning för både pojkar och flickor men det förekommer stora olikheter i hur man definierar och använder missbruket i själva bedömningen. En

annan viktig aspekt som presenteras i studien är hur begreppet *sexuellt beteende* används i beslut angående flickor men inte i ett enda beslut angående pojkar i hennes material (ibid.). Schlytter (1998) har tagit ut begrepp som *beter sig på ett sexuellt utmanande sätt, riskerar att bli gravid och lever ut sin sexualitet*. Schlytter (1998) ställer sig frågan om beslutsfattarna på detta sätt anser att flickorna bryter mot samhällets normer och om detta har med samhällets sätt att se på flickors sexualitet som någonting som ska kontrolleras och gränssättas. Liksom i tidigare studier (Mattsson 2005; Vogel 2012; Laanemets & Kristiansen 2008) visar denna studie hur flickor och pojkar bedöms olika men Schlytter (1998) visar även hur detta sker inför lagen. I Schlytters (1998) slutsats nämns hur kriterierna för vård med stöd av 3 § bättre motsvarar pojkar än flickor och hur pojknormerna är synliga på ett annat sätt än flicknormerna. Även om domstolen är offentlig är det värderingar som ligger till grund för den här normutvecklingen. Denna normproduktion är bland annat ett resultat av ogrundade föreställningar om manligt och kvinnligt samt hur lagen sedan blir utformad. Båda två bidrar till att flickor behandlas olika jämfört med pojkar och vidmakthållande av könsmaktsförhållanden fortlöper (ibid.).

Gemensamt i den tidigare forskningen är hur de påvisar att åtskillnad råder mellan könen vid sociala problem och det sociala arbetet. Kvinnor och män tilldelas olika egenskaper, har olika förutsättningar vid hjälp och stöd från samhället samt behandlas olika utifrån föreställningar om deras kön. Detta sker hela tiden både inom det sociala arbetet, av socialarbetarna själva samt inför lagen. Forskningen visar på att män och kvinnor vid sociala problem, missbruk, psykisk ohälsa och samsjuklighet behandlas och ses utifrån deras kön vilket påverkar dem negativt. Socialarbetarnas roll i upprätthållandet av förväntningar på könen och den åtskillnad som görs mellan kvinnor och mäns problematik blir betydande för klienternas rätt till adekvat vård.

Teori

I detta avsnitt redogör vi för de teoretiska utgångspunkter som ligger till grund för vår analys. Vår förståelse fördjupas genom Judith Butlers (2007) könsbegrepp för att analysera vilken betydelse socialsekreterares berättelser om kvinnor respektive män med samsjuklighet får för skapandet av kön. Vårt val av teoretiskt verktyg har sin utgångspunkt i socialkonstruktivistisk tradition för att förstå hur vår verklighet är konstruerad. Då Butler (2007) ser kön som en konstruktion och vårt val att använda oss av hennes genusteori gör att vi förhåller oss till kön som något konstruerat i analys av vårt material.

Socialkonstruktivism

Konstruktivism är en ontologisk ståndpunkt där kunskap ses som någonting socialt konstruerat som skapas av maktstrukturer i samhälleliga samband (Bryman 2011). Inom socialkonstruktivismen försöker man svara på hur kunskap styr uppträdandet i vardagslivet och hur individen uppfattar och formar sin sociala verklighet (Berger & Luckmann 1998). Socialkonstruktivismen rör sociala objekt och kategorier och menar att dessa är socialt konstruerade. Bryman (2011) tar upp "manlighet" som en sådan konstruktion som i samspel mellan människor skapas och får sin innebörd och som flyktigt rör på sig från tid till tid. Inom den socialkonstruktivistiska ansatsen finns därmed ett intresse för språket och dess innebörd i beskrivning av kategorier och sociala objekt (ibid.). Berger och Luckmann (1998) skriver om språket och hur språket kan konstruera och vidmakthålla strukturer. De beskriver hur språket hör samman med yrken och hur språket skapar en meningsfull ordning i alla rutiner som finns på arbetet. Inom detta fält byggs biografiska och historiska erfarenheter upp och samlas. Val av vad som ska bevaras och vad som ska glömmas bestäms inom fältet på den givna platsen. Genom detta bildas sociala kunskapsförråd som överförs från generation till generation och som individen kan utnyttja i livet. Vi skapar vanor där sedan andra människor i ens omgivning gör om dessa vanor till ens egna och hur detta skapar institutioner. Människor föds in i diskurser och genom språket och kategorier får vi förklarat för oss hur saker och ting bör vara (ibid.).

Samsjuklighet som social konstruktion

Sahlin (2002) skriver om hur ingenting kan vara ett problem om ingen upplever eller talar om det som ett problem. För att ett fenomen ska kunna definieras som ett problem krävs det att det uppfattas som ett problem som kan åtgärdas (ibid.). Vid definiering av någonting som ett problem, inte bara för individen utan för samhället, menar Sahlin (2002) att vi måste se att något borde göras åt detta. Samsjuklighet blir här ett fenomen som vi ser skapats då det upplevs som ett problem och refereras som någonting som borde åtgärdas. Ett socialt problem skapas sedan utifrån att det är samhällets ansvar och intresse att förhindra detta problem och att det inte är individens eget ansvar (ibid.). Det är här vi finner relevans i att analysera samsjuklighet ur Butlers (2007) genusteori för att undersöka hur samsjuklighet och kön kan förklaras som sociala konstruktioner.

Kön och genus

Butler (2007) uppmärksammar det biologiska könet men ser att det är komplicerat då hon menar att kön konstrueras och görs i och med att vi pratar om kön. Butler (2007) ställer sig frågan: Är det möjligt att ha en föreställning om ett naturligt biologiskt kön som inte redan är konstruerat som genus? Hon menar att kön är någonting som ständigt görs genom vårt språk, hur vi rör oss, upprepade handlingar och yttre attribut. Att vi gör kön kallas *performativt* och att kön görs genom dessa *performativa handlingar*. De *performativa handlingarna* bidrar till att skapa det som de avser att visa, exempelvis kvinna, man eller kön. Genom vårt sätt att tala, definiera, identifiera och tilltala andra som kön så skapar vi en "sann" bild av vad vårt kön är och bör innefatta. *Performativa handlingar* kan ses som att de utgår från att imitera eller kopiera original som inte finns. *Performativitet* samt *performativa handlingar* blir utifrån denna teori någonting som leder till konstruerandet av kön (ibid.).

Vidare använder sig Butler (2007) av Foucaults förståelse om hur subjektet görs genom maktdiskurser för att förklara hur vi görs till kön genom den rådande diskursen som fungerar som vår sanning. Vi som subjekt görs inte inifrån utan skapas utifrån som ett resultat av diskursen. En annan central utgångspunkt i

skapandet av kön är att det ofta görs i samspel med heterosexualitet som norm vilket tenderar ses som någonting naturligt i relation till kön. Därmed kan genus och kön förstås som att de båda görs inom diskursen, de båda är konstruerade. Feminismen har länge försökt åtskilja kön och genus då kön tenderar att framstå som någonting biologiskt och naturligt och att genus är någonting konstruerat (ibid.). Butler (2007) kritiserar därför denna uppdelning av naturligt och konstruerat då det låser genus i förhållande till det som antas vara biologiska kön. När kön ses som någonting naturligt och biologiskt kopplas detta ihop med en sexuell dragning till det motsatta könet. Vid denna utgångspunkt hamnar genus som någonting konstruerat mellan dessa två "naturliga" begrepp; kön och begär. Denna konstruerade dragning gör kvinnan till objekt för ett manligt subjekts begär. Genus hamnar då mellan det "biologiska" könet och den "naturliga" heterosexuella driften (ibid.). Det är denna rådande diskurs som Butler (2007) sammanfattar som den *heterosexuella matrisen* där kön och heterosexualitet hänger samman.

Butler (2007) skriver även om hur vi kan göra motstånd mot diskursen genom *subversiva handlingar*. Vidare förklaras hur en imitering av genus kan vara ett sätt att koppla ihop oväntade element inom diskursen och hur dessa *subversiva handlingar* på detta sätt skapas (ibid.). Butler (2007) nämner drag, crossdressing samt dragshow och menar att dessa står i konflikt med uppfattningar om det naturliga inom diskursen. Detta visar hur individen ses som annorlunda av samhället genom att gå emot diskursen och hur den genom *subversiva handlingar* då kan drabbas av så kallade *straffsanktioner*. De som avviker från de förbestämde könsföreställningarna drabbas av dessa *straffsanktioner*. Vi straffar alltså de som inte lyckas manifesteras sitt genus på rätt sätt. Det finns en tyst överenskommelse om *performativt handlande* där de som inte följer det *performativa skapandet* straffas för att de inte konstruerar sitt kön rätt. Den tvingande diskursen får oss att tro på dess naturlighet (ibid.).

Genom synen på vår verklighet som något konstruerat (Berger & Luckmann 1998), där samsjuklighet kan ses som en social konstruktion skapad av vårt samhälle, får vi en förståelse av hur även det sociala arbetet är en del i konstruerandet av både kön och sociala problem. Butlers (2007) könsbegrepp

leder till vidare analys av hur socialsekreterare konstruerar kön och upprätthåller könsskillnader i deras sätt att tala om män respektive kvinnor med samsjuklighet.

Metod

I detta avsnitt redogör vi för vårt tillvägagångssätt i val av metod vilket ger en förståelse för vår undersökningsprocess. Urval, metodens förtjänster och begränsningar, metodens tillförlitlighet, bearbetning av data samt etiska överväganden kommer att presenteras och motiveras.

Val av metod

Vi har använt oss av kvalitativ metod där vi gjort semistrukturerade intervjuer med sju stycken socialsekreterare på vuxenenheten vid fem olika socialförvaltningar. Bryman (2011) skriver om hur kvalitativa forskare är bra på beskrivande detaljer vid rapportering av resultatet. Deltagarens förklaringar är viktiga att få med i en kvalitativ studie samt att ställa varför-frågor för att skapa djup. Detta gör att kvalitativa undersökningar ofta har mer detaljerad information om den sociala verklighet som forskarna fördjupar sig i. Dessa beskrivningar görs för att få en kontextuell förståelse av det sociala beteende som undersöks (ibid.). Vårt syfte var att undersöka hur kön konstrueras i socialsekreterarnas sätt att tala om samsjuklighet. Då vi vill undersöka socialsekreterarnas upplevelser och berättelser kring kön i förhållande till samsjuklighet får vårt val av kvalitativ metod stor betydelse för vår undersökning.

Kvantitativa forskare kritiserar att kvalitativa studier inte är generaliserbara då en kvalitativ studie görs av ostrukturerade metoder i en viss organisation i ett visst område (Bryman 2011). Resultaten kan då vara svåra att generalisera till andra miljöer. Det kan då vara nästintill omöjligt att replikera kvalitativa forskningsresultat (ibid.). Vi var medvetna om att detta är ett problem inom kvalitativ forskning men då vår studie syftade till att fånga på vilket sätt socialsekreteraren personligen talar om kön i sitt arbete med samsjuklighet blir faktorn replikerbarhet inte lika central. Vår studie syftade inte till att vara applicerbar på alla socialsekreterare utan syftade till att belysa hur vi kan se att kön skapas och upprätthålls i intervjupersonernas berättelser om kvinnor respektive män med samsjuklighet.

En ostrukturerad intervjuform skulle innebära att frågor endast ställdes i form av olika teman, där intervjuaren ställer en fråga som intervjupersonen sedan får prata helt fritt kring (Bryman 2011). En ostrukturerad intervjuform var därför inte att föredra då risken fanns att vi inte skulle få svar på våra forskningsfrågor. Detta genom risken att socialsekreterarna inte skulle ha berört temat kön eller inte beskrivit specifika exempel om män och kvinnor med samsjuklighet.

Bryman (2011) skriver om hur en semistrukturerad intervju är uppbyggd kring specifika teman och frågor som ska beröras men att intervjuaren även har frihet att ändra ordningsföljd och ställa följdfrågor. Vi använde oss av semistrukturerad intervjumetod då vi ville ha tydliga frågor som skulle beröras i intervjun för att socialsekreterarna skulle berätta om deras sätt att tänka kring kön och samsjuklighet. Denna metod gav oss dock möjlighet till att ställa följdfrågor för att ytterligare komma åt könsaspekten och även möjliggöra att förbättra vår intervju under tiden.

Urval

Vi valde att använda oss av målinriktat urval för att på bästa sätt kunna undersöka våra forskningsfrågor. Att använda sig av ett målinriktat urval ser Bryman (2011) som ett strategiskt val för att finna överensstämmelse mellan urval och ens forskningsfrågor. Vårt urval motiverades ytterligare då vi redan med vår förförståelse samt vår teori hade en bild av vilka intervjupersoner som överensstämmer med vårt syfte med uppsatsen. Det var här vi fann relevans i att betrakta den roll som socialsekreterare på socialtjänst spelar i mötet med kvinnor och män med samsjuklighet. Vi har valt att fokusera på socialsekreteraren inom missbruksenheten på socialtjänsten och deras dagliga kontakt med samsjuklighet då det sociala arbetet till stor del utförs inom socialtjänst. Vi vände oss till både kvinnliga och manliga socialsekreterare då vi såg att kön inte är av betydelse för hur de sedan talar om samsjuklighet. Om vi från början hade valt att vända oss till endast kvinnor eller män hade vi själva visat på förutfattade föreställningar om att kön skulle påverka vårt resultat. Vårt urval bestod av sju stycken kvinnliga socialsekreterare från fem olika socialförvaltningar i södra Sverige med en gemensam inriktning på vuxna med missbruksproblematik. Det hade varit

intressant att även genomföra intervjuer med socialsekreterare inom psykiatrin, detta för att få en mer omfattande bild av samsjuklighetens komplexitet. I vårt urval har vi varit medvetna om att även psykiatrin möter samsjuka människor och detta har tagits i beaktning under uppsatsskrivandet. Vi valde medvetet bort att inte ytterligare begränsa vårt urval i form av en bestämd tid som anställd, kön eller ålder. Detta genom att vi ville åt socialsekreterarens personliga tankar och berättelser om samsjuklighet och då ansåg vi inte att dessa aspekter var av betydelse för våra forskningsfrågor. Dock var detta frågor som var med i vår intervjuguide (se bilaga 2) då de kunde varit någonting som skapade variation och vidare analys av deras berättelse.

Metodens förtjänster och begränsningar

Vi valde att undersöka socialsekreterarnas berättelser genom semistrukturerade intervjuer. Intervjuformen vi använde oss av är mindre begränsad och bestämd och därför mer flexibel då möjligheten till att ställa följdfrågor finns och även byta ordningsföljd på frågorna. Till skillnad från strukturerade intervjuer som kan bidra till viss begränsning i genomförandet och är mindre flexibla (Bryman 2011). Vårt val av metod har tillåtit oss att ställa följdfrågor vilket skapade bättre förutsättningar för vår intervjuguide och deltagarnas berättelser förhöll sig därför bättre till våra forskningsfrågor. Vår metod gjorde även det möjligt för oss att följa upp spår när intervjupersonerna talade om kön och samsjuklighet och som kändes relevanta att fördjupa sig i för vår undersökning.

Bryman (2011) skriver om hur en risk inom kvalitativa metoder kan vara att resultaten i stor utsträckning bygger på forskarens egna uppfattningar om vad som är betydelsefullt. En viktig utgångspunkt inom kvalitativ forskning är att deltagarnas uppfattning fångas och inte forskarens. Det är deltagarna som styr vad som är viktigt och vad som är betydelsefullt (ibid.). Vi har varit medvetna om att intervjuguiden har styrt socialsekreterarna att prata om kön samt att prata om kön i förhållande till samsjuklighet. På det sättet kan man se att vi har styrt intervjupersonerna att prata om kön på det sättet som bäst förhåller sig till våra forskningsfrågor. Intervjupersonerna kan även ha påverkats av på vilket sätt vi ställde frågor eller av vilka frågor vi valde att ha med i vår intervjuguide.

Samtidigt har intervjupersonerna haft lätt för att prata om vårt ämne. Detta syntes tydligt i hur samtliga intervjupersoner nämnde hur de inte möter kvinnor i lika stor utsträckning som män men att de ändå var mycket ordrika kring tal om den samsjuka kvinnan. Vi har även i vårt resultat lyft fram olikheter i vårt material som visar när intervjupersonernas berättelser går emot varandra och detta blir en styrka i att våra åsikter inte helt styr intervjupersonerna och vårt resultat visar båda sidorna. Här kan vi utifrån Bryman (2011) se att det blir tydligt i att deltagarnas uppfattningar fångas och inte forskarens samt att det är intervjupersonerna som styr studien.

Vår intervjuguide bearbetades vid flera tillfällen för att på bästa möjliga sätt ha frågor som syftar på det som vi ville lyfta fram. Vi försökte vara tydliga med att inte förutsätta att socialsekreterarna upplevde skillnader mellan kvinnor och män med samsjuklighet i våra frågor. Vi var från början medvetna om att vi på ett sätt styrde socialsekreterarna genom vår redan bestämda teoretiska utgångspunkt som ledde till att frågorna berörde kön och samsjuklighet i relation till varandra. I vår intervjuguide fanns frågor om kön vilket kunde skapa antaganden om att det skulle vara en skillnad mellan män och kvinnor och detta var något som vi beaktade i skapandet av vår intervjuguide. Vi valde ändå att ha konkreta frågor som handlade om att vara man och kvinna med samsjuklighet men där socialsekreterarnas berättelser och hur de pratade om könen var det som skulle vara viktigt. Detta gjorde att intervjuguiden menade till att belysa hur intervjupersonerna talade om kön i sina berättelser men där könen aldrig ställdes i motsatt till varandra i frågorna vilket kunde leda till att vi antydde på skillnad. Vi hade öppna frågor i början av intervjuguiden för en mer generell bild av samsjuklighet, detta för att låta socialsekreteraren tala fritt utan könskategorier. I den senare delen av intervjuguiden hade vi tydligare frågor om kön för att komma in på temat som undersökningen berörde. Syftet med vår undersökning var att få en uppfattning över hur socialsekreterare konstruerar kön och talar om kvinnor respektive män med samsjuklighet. Det blev därför av betydelse för oss ta del av socialsekreterarens personliga uppfattning och tankar kring detta.

Metodens tillförlitlighet

Bryman (2011) lyfter fram diskussionen kring den problematik som råder vid användningen av begreppen validitet och reliabilitet inom kvalitativ forskning. De alternativa kriterierna som Bryman (2011) presenterar som möjliga vid bedömning av kvalitativa undersökningar är Guba och Lincolns (1985; 1994) begrepp tillförlitlighet och äkthet. Guba och Lincoln (1985; 1994) menar att validitet och reliabilitet som bedömningsverktyg förutsätter att det är möjligt att komma fram till en enda och absolut sanning (Bryman 2011). Utifrån den förståelse vi hade och vår användning av en socialkonstruktivistisk ansats fann vi relevans att vidare använda oss av begreppen tillförlitlighet och äkthet för att bedöma kvalitén i vår undersökning. Vid bedömning av tillförlitlighet tittar Bryman (2011) på dess fyra delkriterier trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och möjlighet att styrka och konfirmera. Trovärdigheten handlar om hur läsarna uppfattar uppsatsen och om de ser att den beskrivning av verkligheten som vi presenterar är acceptabel. Då trovärdigheten ligger mycket i forskarens beskrivning av resultatet (ibid.) har vi med hjälp av tidigare forskning kunnat jämföra, analysera och förklara vårt resultat och på så sätt stärka detta. Bryman (2011) lyfter även fram att det är det teoretiska tänkandet som är avgörande vid diskussioner vid en kvalitativ studie. Det är kvalitén på de teoretiska slutsatserna som formuleras av kvalitativ data som här blir viktiga. Vidare stärks trovärdigheten av rapportering av resultat till deltagarna i undersökningen som då kan bekräfta om forskaren uppfattat verkligheten rätt som de avser att studera (ibid.). Vi har frågat samtliga deltagare om transkribering och uppsats önskas skickas med möjlighet att komma med synpunkter, s.k. respondentvalidering (Bryman 2011). Vissa avstod från att ta del av transkribering av intervjun men samtliga önskade att läsa uppsatsen. Under intervjuerna lyfte vi även fram oklarheter och sammanfattade deras svar för att ge dem möjlighet att förtydliga och öka förståelsen i deras berättelser. Vid tillförlitlighetens andra delmål undersöker man om resultatet är överförbart på andra kontexter (Bryman 2011). Detta gjordes genom att vår analys utgörs av fylliga beskrivningar av vårt resultat som i sin tur skapar möjligheten för läsaren att bedöma överförbarheten av resultatet till en annan miljö. Vid det tredje delmålet för vår undersökning

tillförlitlighet har vår handledare granskat vår process från idé till färdig uppsats vilket ökar dess pålitlighet.

Det sista kriteriet, möjligheten att styrka och konfirmera, är att forskaren ska med insikten att det inte går att vara helt objektiv agera i god tro i sin forskning (Bryman 2011). Detta genom att inte påverka forskningens gång med personliga värderingar eller med sin teoretiska inriktning påverka undersökningens slutsatser och utförande (ibid.). Vi har i tidigare avsnitt förtydligat och ställt oss kritiska till vår förförståelse om könsskillnader vid samsjuklighet och vår teoretiska utgångspunkt när vi gick in i denna process. Dock har denna förförståelse lett till en medvetenhet att vi som forskare har en påverkan på resultat och undersökningens utförande. Vi har under processens gång diskuterat, reflekterat och ifrågasatt vår roll, både med handledare och med varandra, vilket givit oss möjlighet att minska vår förförståelses påverkan på vår undersökning. Förutom de fyra tillförlitlighetskriterierna som vi har förhållit oss till ovan presenterar även Guba och Lincoln (1985; 1994) kriterier för den kvalitativa forskningens äkthet (Bryman 2011). Vi har utifrån vår undersökning förhållit oss till kriteriet rättvis bild (ibid.) där vi i vår analys försökt ge en så rättvis bild som möjligt av alla intervjupersonernas åsikter och uppfattningar om kvinnor och män med samsjuklighet. För att uppnå en rättvis bild i vår analys av materialet är vi medvetna om vår teoretiska utgångspunkt och att detta inte i för stor utsträckning får påverka vad vi lyfter fram som intervjupersonernas svar. Det är deltagarnas svar som är utgångspunkten i grunden, och olika åsikter och uppfattningar som fanns har fått en rättvis plats i vår studie.

Bearbetning av data

I bearbetningen av vår empiri har vi spelat in våra intervjuer och sedan transkriberat för att öka tillförlitligheten i att samtliga intervjupersoners utsagor behandlas. Den empiri vi insamlat har bearbetats genom kodning av intervjumaterialet för att kunna strukturera upp och analysera deras berättelser. Vid kodning av materialet har vi använt oss av tematiseringar för att hitta samband i socialsekreterarnas berättelser. Jönson (2010) menar att genom kodning av sitt material synliggörs mönster och samband utifrån kategorier och

begrepp som man annars kunde gått miste om i sin analys. Vid kodning av material ges möjligheten att bredda sin analys, att inte endast titta på sina respondenters svar, utan koda hela materialet (ibid.). När vi läste materialet utgick vi från teman och underkategorier såsom kvinna med samsjuklighet, man med samsjuklighet och egenskaper kopplade till kön samt våra forskningsfrågor. Genom kodningen har vi hittat mönster om vad för ord och språk som används i berättelser om män respektive kvinnor med samsjuklighet. Vi har även kodat ut generella berättelser och språket som används när det inte framgår vilket kön som intervjupersonen talar om.

Etiska överväganden

Vetenskapsrådet (2002) presenterar forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning och hur dessa principer vilar på fyra stycken huvudkrav. Dessa krav är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Vi har i vår forskning vilat på dessa huvudkrav för att försäkra oss om att vi genomgående hållit en etisk profil. Med informationskravet menas att socialsekreterarna ska få information om den aktuella forskningen, dess frivillighet och syfte (Vetenskapsrådet 2002). Vi skickade ut ett informationsbrev (se bilaga 1) till samtliga socialsekreterare där uppsatsens syfte presenterades. Vid intervju av socialsekreterarna försäkrade vi oss ytterligare om deras förståelse för innebörden av deras deltagande och syftet med vår undersökning. Vidare presenterar Vetenskapsrådet (2002) samtyckeskravet där deltagarnas rätt att själva medverka i undersökningen poängteras som en viktig aspekt. Då vi var ute efter socialsekreterarens personliga uppfattning och berättelse var det då viktigt att hen kände att de själva ägde sin egen medverkan i forskningen.

Vidare lyfter Vetenskapsrådet (2002) fram konfidentialitetskravet som innefattar hanteringen av material. Vi handskades med personuppgifter och annat material med försiktighet och avrapportering skedde i former som omöjliggjorde identifiering av enskilda deltagare i vår undersökning. Vid hänvisning till socialsekreterarnas berättelser kommer de ej att namnges för att anonymisera deras medverkan. Socialsekreterarna fick även möjlighet till att få sin egen

transkribering skickad till sig för möjlighet att kolla igenom intervjumaterialet, vilket två intervjupersoner tackade ja till. Den färdiga uppsatsen kommer att skickas ut till samtliga socialsekreterare. Sist nämner Vetenskapsrådet (2002) nyttjandekravet där vikten av att det insamlade materialet om de enskilda deltagarna endast får användas för forskningsändamål. I vårt fall presenterades detta till socialsekreterarna så att de kände sig säkra i att det som berättades endast använts i syfte för forskning.

Resultat och analys

Vår empiri i denna uppsats är sju stycken kvinnliga socialsekreterares berättelser om samsjuklighet. Då vårt syfte är att undersöka hur kön konstrueras i socialsekreterares sätt att tala om män respektive kvinnor med samsjuklighet analyserar vi deras berättelser samt hur kön konstrueras utifrån Butlers (2007) teori.

Vi arbetar genomgående i analysen med teman och citat från våra intervjuer där vissa beskrivningar av kvinnor och män med samsjuklighet följt ett tydligt mönster och där vissa telt sig väldigt olikt. Med hjälp av vår socialkonstruktivistiska ansats och Butlers (2007) genusteori följer analysen en röd tråd då vi tittar på om de beskrivningar som gavs av socialsekreterarna rymms inom diskursen och vad dessa beskrivningar kan vara uttryck för. I empirin lyfts det fram att socialsekreterarna träffar få kvinnor. Socialsekreterarna har trots detta haft mycket att berätta vid frågor kring den samsjuka kvinnan. Material om den samsjuka kvinnan är övervägande mer än berättelser om den samsjuka mannen. Detta är inget som kommer analyseras vidare men är en intressant aspekt att ha i åtanke. Material till en analys har funnits och en analys har kunnat göras av både den samsjuka mannen och kvinnan.

Samsjuklighet

Vi kan med hjälp av vårt analysverktyg urskilja mönster i hur socialsekreterarna talar om män och kvinnor med samsjuklighet, vilka egenskaper och innebörd deras kön får. Det vi ser är att ens samsjuklighet kan få olika fokus beroende på vad som förväntas av ens kön och detta förhåller vi oss till i analysen genom utvalda teman.

Att söka och ta emot hjälp

Samtliga socialsekreterare talar om hur männen är överrepresenterade och kvinnorna underrepresenterade inom missbruksvården. Socialsekreterarna berättar att de i störst utsträckning kommer i kontakt med män trots att kvinnor

även har missbruk och psykisk ohälsa. Hand i hand med forskning inom ämnet bekräftas detta av Zilberman et al (2003) och Shoeber och Annis (1996) där de har synliggjort kvinnans minoritet inom missbruksvården men överrepresentation inom allmänpsykiatri och sjukvården.

Det berättas från socialsekreterarna att de träffar fler män inom sitt yrke vid frågan om vilka som kommer i kontakt med missbruksvården.

Eftersom det är flest män som jag har träffat nu sen jag började så är det ju mest män, får jag ju säga. Men det är ju många som har psykiska hinder. (S1)

Citatet påvisar mannen som vanligt förekommande inom missbruksvården men den psykiska ohälsan är problematik som många har, inte bara männen. Ett återkommande tema i vår empiri är alltså hur män är överrepresenterade inom missbruksenheten på socialtjänsten och hur få kvinnor de intervjuade socialsekreterarna kommer i kontakt med. Det blir tydligt att färre kvinnor med missbruk eller samsjuklighet söker sig till eller kommer i kontakt med denna typ av verksamhet. Varför färre kvinnor med samsjuklighet söker hjälp inom missbruksenheten och vid frågan om varför besvaras detta av flera socialsekreterare med orden "skam" och "tabu". Vidare förklarar ett flertal av socialsekreterarna att det inte är lika accepterat för en kvinna som för en man att söka hjälp för sitt missbruk eller att det som kvinna krävs mer för att våga söka hjälp.

[...] ännu mer tabu när man är kvinna, att söka hjälp att visa att man är, att man har ett missbruk. Att det kan vara nått att det krävs mer av en för att söka hjälp eller våga söka hjälp. (S1)

[...] då skäms dom för vad dom gör för att få drogerna, eller blir tvingade till att göra. Och dom känner att dom skäms också för att söka hjälp. För då måste dom berätta allt. (S2)

Ett återkommande svar från socialsekreterarna om "tabu" och att kvinnan känner "skam" blir förklaringen till varför det är färre kvinnor med samsjuklighet inom

socialtjänsten. Dessa begrepp används inte vid tal om män med samsjuklighet. Ytterligare intressanta mönster i förklaringen kring varför kvinnor känner "skam" med att ta kontakt med socialtjänsten läggs på moderskapet och mammarollen.

S3 beskriver nedan hur en högre "skam" läggs på kvinnan när kvinnan har barn då föräldrarollen förknippas till kvinnan i citatet.

[...] skillnaden för kvinnor är att dom är otroligt mycket mindre benägna att ta emot hjälp för att det finns otroligt mycket högre skam och skuld känsla om dom till exempel har barn. (S3)

På frågan om socialsekreterarna möter fler män eller kvinnor talas det om hur det blir ännu mer "skamfyllt" för en missbrukande mamma att söka vård då hon menar att "vi i Sverige är inskränkta i det tänkandet". De talar om hur vårdaspekten av barn fortfarande läggs mycket på kvinnan av samhället.

Butler (2007) visar hur vårt sätt att tala skapar och gör kön genom *performativa handlingar* och att vi genom detta förhåller oss till de förväntningar som finns av hur könet bör vara. När socialsekreterarna talar om den samsjuka kvinnan i samband med begrepp som "tabu", "skam" och föräldraskap görs det kvinnliga könet med dessa *performativa handlingar*. Socialsekreterarnas skapande av hur kvinnan bör vara och känna kan ske omedvetet utifrån de påtvingande könsföreställningarna i samhället. Dessa könsföreställningar vidmakthålls hela tiden genom samhällets strukturer och förväntningar på kön inom diskursen (Butler 2007). Människor skapar hela tiden vanor som skapas inom institutioner som människor sedan föds in i genom språket och får på detta sätt förklarar hur saker bör vara (Berger & Luckmann 1998). Vidare åskådliggör Shoeber och Annis (1996) studie att kvinnorna med samsjuklighet hamnar inom psykiatrin istället för missbruksvården. Det finns därför en större chans till att män med samsjuklighet får en specialiserad missbruksbehandling till skillnad från kvinnor (ibid.). Socialsekreterarna nämner att det är skamfyllt att som kvinna söka hjälp för sitt missbruk och menar att detta kan vara en förklaring till varför färre kvinnor med samsjuklighet har kontakt med socialtjänsten. När vi frågade om socialsekreterarna förknippar psykisk ohälsa och missbruk med något kön

berättades om hur unga tjejer ibland har lättare att få hjälp inom psykiatri och att ålder blir en betydande faktor i var du får hjälp någonstans.

[...]Sen kan jag ibland att är det ung tjej har du lite lättare för att få hjälp inom psykiatri. Är du i min ålder tung missbruk så är det lite svårare. (S4)

Det nämns hur män i större utsträckning har kontakt med socialtjänsten för att mannen ofta har stöd från andra i sin omgivning med att söka hjälp för sin problematik.

Männen söker hjälp på ett annat sätt plus att dom ofta har anhöriga kring sig, kvinnor blir oftast väldigt ensamma när dom gått så långt i missbruk, männen har en kvinna som står vid sidan, så ringer kvinnan eller mamman eller dottern. Det finns kvinnor som stöttar upp mannen så att jag tror att mannen oftare och lättare kommer in i behandling än vad kvinnor gör. (S5)

Mannen i ovanstående citat är omgiven av ett socialt nätverk och får socialt stöd från kvinnor i sin problematik. Vidare beskrivs kvinnan som "ensam". Flertalet socialsekreterare benämner världen i ett missbruk som den manliga missbruksvärlden där deras regler gäller. Ett mönster som syns i samband med tal om missbruk är att ordet "han" används mer frekvent och på så sätt kan vi se hur missbruket köns och ses som en manlig egenskap. Detta kan kopplas till hur mannen är normen i missbruksvärlden (Mattsson 2005). Det blir tydligt hur sociala problem förhåller sig till könsföreställningar i samhället om vad som anses vara manligt och kvinnligt samt hur socialsekreterarna förhåller sig till denna norm.

De berättas ytterligare av flera socialsekreterare om hur den samsjuka kvinnan inte är lika accepterad i sitt missbruk och blir därför ensam och utan stöd där omgivningen inte orkar med kvinnan på samma sätt som mannen i missbruk.

Som jag tänker hos den här kvinnan så är hon ju väldigt ensam, hon har ju gjort sig omöjlig, jag tror man har en större acceptans för att en man är utåtagerande och betar sig märkligt, skriker och vrålar o ja... hotar folk o så, våldsam än vad en kvinna gör, det gör att, jag tror att man som kvinna blir mycket mer ensam. (S5)

Kvinnan ses som avvikande i den manliga missbruksvärlden. Detta kopplas ytterligare till hur det blir svårare som kvinna att söka hjälp när det är mindre accepterat för en kvinna att ha denna problematik. Männens kön är inget problem medan kvinnors missbruk problematiseras i förhållande till deras kön (Mattsson 2005). Maskuliniteten är normen och detta blir tydligt att socialsekreterarna förhåller sig till i de ovanstående citaten. Kvinnan kopplas utöver begrepp som "skam" och "tabu", även samman med begreppet "ensam". *De performativa handlingarna* blir åter tydliga där könet kvinna görs till ensam och avvikande i den manliga världen och normen. Den rådande diskursen vidmakthålls genom sättet att tala om den samsjuka kvinnan och den samsjuka mannen och varför man väljer att lyfta fram dessa begrepp i förhållande till kön. På ett sätt kan vi se det som att socialsekreterarna upprätthåller samhällets och diskursens påtvingande förväntningar om kön genom att tala om könen så som det förväntas. Genom att den samsjuka kvinnan inte tar kontakt med socialtjänsten gör även hon sitt kön som det förväntas, nämligen att som kvinna inte visa sig som missbrukare.

Samma problematik, olika fokus

Vid samtal om samsjuklighet har mönster kring att olika fokus på problematiken förekommit beroende på kön. Vi har vidare sett i vårt material att samsjuklighet och fokus står i relation till föreställningar om kön vilket gör att detta faller inom diskursen.

Dels utifrån att vi har ett samhälle fortfarande där män ska vara lite mer macho, man kommer inte hit och säger - åh, jag har sån ångest varenda kväll. Är du kvinna så är det lite lättare och säga. Så där tror jag att det finns en skillnad att vi bedömer lite olika utifrån att vi har lite olika information kring män och kvinnor. (S4)

I citatet ser vi att det finns förväntningar på hur mannen i sin samsjuklighet bör vara och att dessa förväntningar i sin tur kan leda till skillnader i bedömning. Dessa förväntningar kommer från samhället där konstruktionen och påtryckningarna av hur könet ska vara läggs i någon annans händer trots att det sociala arbetets praktik ryms inom diskursen. Det blir på ett sätt tydligt att genom att förhålla sig till föreställningen om att mäns psykiska mående i sin samsjuklighet inte bör lyftas fram, förhåller sig till hur könet förväntas vara. Flertal socialsekreterare ser att den samsjuka mannen har ångest men att det är en aspekt som faller bort, inte tas upp eller inte fokuseras på för att mannen förväntas vara "macho". Att vara "macho" som *performativa handlingar* ryms inom diskursen för hur en man bör vara. Kvinnorna i citatet ovan menas därefter ha lättare att prata om saker som sitt mående och *performativt* görs könet rätt. Detta menas bero på att kvinnor har lättare att tala om sin psykiska ohälsa. Beskrivningen som görs i citatet kan påvisa att mannens ovilja att tala om sitt mående beror på att samhället, diskursen, vill att mannen ska vara mer "macho" och att tala om sitt psykiska mående är en omanlig egenskap då det sätts i motsats till kvinnan. Här förhåller sig både den samsjuka mannen och kvinnan samt socialsekreteraren till den tvingande diskursen och det som förväntas av samhället. Detta sker delvis för att vi inte vill drabbas av *straffsanktioner* som kan följa om vi gör könet fel. Det är när vi inte följer det *performativa skapandet* som vi straffas för att könet konstrueras felaktigt genom *subversiva handlingar*. Anderssons (1998) studie om ungdomsvård visade att pojkar likställdes med våld, aggression och impulsivitet medan flickor definierades utifrån egenskaper på ett inre psykologiskt plan. Kvinnor med samsjuklighet i citatet ovan definieras på liknande vis då de framställs att ha lättare att prata om deras psykiska ohälsa. När en samsjuk man inte mår psykiskt bra förväntas det inte av honom att tala om sin ångest utan istället bete sig "macho" men en kvinna gör sitt kön rätt genom de *performativa handlingarna* och lyfter därmed fram sin psykiska ohälsa. Som Butler (2007) menar kan vi inte undkomma de förväntningar som ryms inom diskursen och vi ser att vid definiering av män och kvinnors förhållningssätt till deras psykiska ohälsa i sin samsjuklighet blir det tydligt hur kön görs. Vidare ryms ens förhållningssätt till män och kvinnors samsjuklighet inom diskursen då vi genom *performativa handlingar* även gör vårt och andras kön utifrån det sätt som förväntas. Beskrivningen om att samhället har förväntningar på hur män och

kvinnor bör vara är ett återkommande tema som flera av socialsekreterarna lyfter fram. Detta ger oss en bild av den betydelse diskursen kan ha för den enskilda kvinnan och mannens rätt till adekvat vård.

De förväntningar som finns inom diskursen om hur kön bör vara och vad som förväntas av en man eller kvinna kan vidare få konsekvenser i mötet med vården som samsjuk vilket presenteras i nästa citat.

Kvinnor blir inte tagna på samma allvar, det står inte med samma allvarlighetsgrad, man använder inte samma tunga ord i beskrivningarna, ofta lägger man istället vikt på att dom ser fräscha o rena ut [...] det hjälper inte att komma med ett intyg där det står att hon är hel och ren, det är väldigt sällan jag ser sådana intyg på män, att dom är hela o rena, man tar inte notis om deras utseende utan man fokuserar på det viktiga på ett annat sätt. (S5)

I citatet ovan ser vi en beskrivning där kvinnors sjukdomsbild inte tas på samma allvar vid ett LVM utan det fokuseras på yttre attribut vid en positiv mening vilket får konsekvenser för vårdens fortsättning. Dessa yttre attribut, som *performativa handlingar*, ryms inom diskursen om hur kvinnan bör vara och genom att här fokusera på dessa får inte kvinnan adekvat vård. Kvinnans kön i citatet behöver inte göras om utan förhåller sig till det som förväntas av könet, där kvinnorna beskrivs som fräscha och rena. Mattsson (2005) såg i sin studie hur de kvinnor som var inne i behandling sågs som manhaftiga och oattraktiva och där de behövdes göras om efter samhällets ideal.

Hur kvinnan görs till kön genom *performativa handlingar* och hur dessa sedan passar ihop med det som förväntas av hennes kön får utifrån Butlers (2007) teori konsekvenser för om könet sedan uppfattas rymmas inom diskursen. Utifrån det som Butler (2007) kallar den *heterosexuella matrisen* ser vi hur kvinnor är objekt för det manliga subjektets begär och det är i denna slutsats som fortsättningen av föregående citat blir intressant.

För dom är ju väldigt prydliga till sitt yttre, tror att kvinnor i lag lägger mer vikt vid sådana saker [...] (S5)

Kvinnan och mannen är inte objekt eller subjekt i sig utan de görs till objekt och subjekt genom *performativa handlingar* (Butler 2007). När kvinnor i mötet med vården beskrivs som fräscha och rena och detta likställs som någonting naturligt och som förväntas av dem blir det utifrån den *heterosexuella matrisen* ett uttryck för kvinnan som objekt till det manliga subjektets begär. På ett sätt kan vi se att kvinnor som är fräscha och rena förhåller sig till vad som förväntas av deras kön och blir ett objekt och inte ett handlade subjekt. När kvinnor i mötet med vården vid utredning av LVM beskrivs utifrån denna förväntning gör de sitt kön rätt genom *performativa handlingar* ryms därmed inom diskursen.

Samsjuklighetens två ben

I detta avsnitt analyserar vi vilken roll missbruket och den psykiska ohälsan spelar i män respektive kvinnors samsjuklighet och hur socialsekreterarna talar om detta i förhållande till kön. Vi betraktar närmare samsjuklighetens två ben, missbruket och den psykiska ohälsan som vi ser är intressanta inom diskursen och görandet av kön.

Missbrukets roll

Kön är någonting som görs genom *performativa handlingar* och där blir det tydligt för oss varför vissa begrepp och beskrivningar ofta präglar socialsekreterarnas framställning av kvinnans och mannens missbruk i deras samsjuklighet. Vidare blir även de handlingar och beteenden som berättas också ett sätt att konstruera kön. Detta spelar i sin tur roll i hur socialsekreterarna kommer att beskriva kvinnan och mannens missbruksproblematik beroende på om hur det passar med de förväntningar som råder inom diskursen.

Asså när det gäller kvinnor och missbruk överlag, dom är ju extremt utsatta, det är ju missbruksvärlden är ju en manlig värld o det är deras regler som gäller... så det är tufft och har du en psykisk sjukdom dessutom (S6)

Den manliga missbrukaren ses äga missbruksvärlden där deras regler gäller. En värld där männens regler leder till att kvinnor ses som utsatta. Att den missbrukande kvinnan befinner sig i en värld som ägs av mannen kan vi se leda till att kvinnan ses som ett *offer* och mannen *förövare*. Den manliga missbruksvärlden utsätter kvinnor för fara. Att kvinnor befinner sig i en värld där de blir utsatta för att de är kvinnor blir i citatet att de indirekt utsätter sig för fara. På ett sätt gör kvinnor i sin samsjuklighet ytterligare sitt kön fel då de befinner sig i en krets där en kvinna inte bör vara utan där endast män tillåts. Med hjälp av Butlers (2007) teori menar vi att kvinnor här inte gör sitt kön på rätt sätt där det redan i beskrivningen görs tydligt att missbruksvärlden är en värld för män och som inte kvinnor bör vara i. Deras handlingar och beteende, *performativa handlingar*, uppfyller inte det som förväntas av dem. Att kvinnor endast befinner sig i ett missbruk och sedan i en missbruksvärld gör att de inte gör sitt kön rätt. Mattsson (2005) ser att missbruket kodas som någonting maskulint och där den missbrukande kvinnan därmed bryter mot könskoder och ifrågasätts. Mäns könsidentitet ses dock stärkas genom att använda sig av droger (ibid.).

Vidare i vårt material blev socialsekreterarnas beskrivningar om varför deras klienter utvecklar samsjuklighet intressant då vi sett skillnad mellan män och kvinnor i deras svar. Riskfaktorer till att utveckla samsjuklighet får i deras svar olika fokus beroende på kön. Kriminalitet blir en riskfaktor som refereras till någonting kopplat med det manliga könet. Där menar ett några socialsekreterare att när män bryter från sitt missbruk handlar det även om att bryta en kriminell livsstil. Män ses inte ha samma syn på vad som är lagligt och olagligt och där droger är en del av deras kultur, vardag och vad som förväntas av dem.

På min ärendelista just nu så ser jag bland män mer gängtillhörighet, mer kriminalitet, som också är en livssituation som såklart skapar jättemycket depression, och du kanske hamnar i liksom... i skuldhärvor liksom hela den biten då som ger massa problem såklart. Det ser man ju mer utbrett bland män såklart. (S4)

Schlytter (1998) skriver om hur kriminalitet oftast är problematik som lyfts fram vid tvångsvård av pojkar. I samtal med våra socialsekreterare är kriminalitet och synen på lagligt och olagligt någonting som endast lyfts fram i samtal kring män. Upprätthållandet av kvinnligt och manligt påverkar i sin tur även rättssystemet och vårdkedjor vid tvångsvård och vice versa (Schlytter 1998). Dessa föreställningar om kriminalitet kopplat till mannen problematiseras inte utan den tysta överenskommelsen om kriminalitet som något manligt upprätthålls av socialsekreterarna. Detta kan vara ett uttryck för hur språket inom det sociala arbetets olika institutioner, liksom i resterande samhälle, där vi upprätthåller könsskillnader genom *performativa handlingar*.

Schlytter (1998) beskriver att missbruksproblematiken är någorlunda lika bland flickor och pojkar men att det förekommer stora skillnader i hur man definierar själva missbruket i bedömningen. Vid tal om kvinnor och riskfaktorer i vårt material finner vi genomgående teman och orsaker till kvinnors samsjuklighet i socialsekreterarnas berättelser. Kvinnors riskfaktorer och orsaker till att utveckla missbruk och psykisk ohälsa ses synonymt med "otrygga uppväxtförhållanden", "sexuella övergrepp", "skolfrånvaro", "trauman", "jobbigt med man och barn", "prestationskrav", "utbrändhet på arbete", "brist på socialt nätverk", "anknytningsproblematik", "prostitution" och "utsatthet".

Det finns kvinnor som varit utsatta för en hel del som barn... både övergrepp som mera kan utlösa en sån här grej, man kan ha haft otrygga uppväxtförhållanden, man kan vara ett barn till en missbrukare eller välfungerande familj men där mer eller mindre missbruk har funnits. (S6)

I citatet ovan är faktorerna många till kvinnors situation och nämnda begrepp i föregående stycke återkommer i vårt material i tal om den samsjuka kvinnan. Kvinnans sjukdomsbild problematiseras och blir komplex. Exempelen är många i vårt material där kvinnors samsjuklighet bryts ner till flera delar vilket är intressant då socialsekreterarna var noga med att påpeka bristen på missbrukande kvinnor inom deras profession. Språket, *performativa handlingar*, gör det kvinnliga könet inom diskursen och socialsekreterarna måste förhålla sig till de

förväntningar som finns vid tal om den samsjuka kvinnan. Dessa begrepp ses synonymt med den samsjuka kvinnan i socialsekreterarnas berättelser vilket visar att samsjuklighet också är könskodat liksom missbruksproblematik. Den samsjuka kvinnan ifrågasätts och problematiseras inom missbruksvården men den samsjuka mannen är normen och ses, som Tina Mattsson (2005) menar, även som könsneutral i förhållande till missbruksvärlden.

Den psykiska ohälsans roll

Vid tal om psykisk ohälsa ser vi mönster i socialsekreterarnas berättelser om kön, egenskaper och förväntningar på att vara man och kvinna med samsjuklighet. Socialsekreterarnas berättelser är trots deras inriktning på missbruksvård fylliga och ger en inblick i den psykiska ohälsans roll vid samsjuklighet.

Och sen har vi ju de självdestruktiva tjejerna med emotionell personlighetsstörning gamla borderline där dom missbrukar mycket för att må bra [...] (S2)

Hon hade ju inte hoppat framför 25 bilar i rad om hon inte druckit alkohol men å andra sidan inte gjort det om hon inte hade haft sin ångestproblematik, som hon inte kan hantera när hon dricker för hon blir så impulsiv [...] (S4)

Ovanstående citat visar hur den samsjuka kvinnan lyfts fram genom sin psykiska ohälsa. Missbruket lyfts fram som en konsekvens av den redan existerande psykiska ohälsan. Zilberman et al. (2003) skriver om hur den psykiska ohälsan många gånger föregått missbruket hos kvinnan. Det blir tydligt hur det kvinnliga könet görs genom *performativa handlingar* där de förväntningar som finns hos kvinnan sedan påverkar hur hennes beteende beskrivs. Citaten visar hur kvinnan uppträder liksom det som förväntas av hennes kön genom att ha en framträdande psykisk ohälsa och det är detta som lyfts fram vid tal om kvinnornas samsjuklighet. Det nämns hur det är lättare för kvinnor att få hjälp inom psykiatri samt att kvinnor använder sig av psykiatri i högre grad. En annan tanke som tas upp är att kvinnor möjligen inte tänker att de har problem med alkohol utan att huvudproblematiken är deras ångest. Här görs det åtskillnad

mellan hur män och kvinnor uppfattar sin samsjuklighet och huvudproblematik. Kvinnor ses koppla sin huvudproblematik främst som psykiatrisk och män tenderar att se missbruket som sin huvudproblematik. Detta kan leda till upprätthållande av samsjuklighet som könskodat, både av klienter och socialarbetare. Den psykiska ohälsan lyfts fram som någonting vanligt förekommande hos socialsekreterarnas kvinnliga klienter och de konstruerar därmed det kvinnliga könet utifrån den tvingande rådande diskursen. Kvinnan gör sitt kön rätt och accepteras genom att förhålla sig till det som anses feminint (Mattsson 2005), då den psykiska ohälsan i större utsträckning kopplas till kvinnan blir det en feminin egenskap.

S7 beskriver hur kvinnorna hon mött i många fall tidigare haft en lång kontakt med psykiatrin. Dessa kvinnor menar hon har haft samtalskontakt med barn- och ungdomspsykiatrin sedan de var små.

[...] samsjuklighet, i dom flesta fallen som vi har... nu ska jag inte säga alla verkligen inte men så har man haft en BUP kontakt innan. Sen man var liten, och det är inte alltid jättebra. Sen träffar ju inte vi alla liksom, vi, vi träffar ju liksom inte alla som BUP har haft kontakt med. Naturligtvis för det är inte alla som det går som det..... Men i lite för många fall tycker jag att dom har haft en rätt så lång historia med psykiatrin. Kvinnorna. (S7)

Citatet visar hur kön görs av samhället genom *performativa handlingar* där den psykiska ohälsan blir och ständigt görs till något kvinnligt. Vogel (2012) skriver om hur flickors problematik var psykiska eller känslomässiga problem i större utsträckning än pojkars. Schlytter (1998) skriver om hur hälften av flickorna blev tvångsomhändertagna på grund av beteenden såsom allvarliga psykiska problem, suicidrisk eller sexuellt beteende och den andra hälften på grund av oklara kriterier som socialt nedbrytande beteende. Det blir tydligt hur dessa två studier (Schlytter 1998; Vogel 2012) visar hur socialsekreterarnas språk och samhällets könsföreställningar påverkar rättssystem samt vårdkedjor och vice versa. Detta sätt att tala om kön upprätthålls av flera olika institutioner genom *performativa handlingar*. Genom att titta på samsjuklighet utifrån ett socialkonstruktivistiskt

perspektiv ser vi att det blir tydligt hur samsjuklighet är någonting socialt konstruerat. Hur konstruktionerna samsjuklighet och kön sedan upprätthålls förstås i det som beskrivs om att många samsjuka kvinnor har haft kontakt med psykiatrin sedan de var små. I vårt material har vi funnit mönster där socialsekreterarna refererar till psykisk ohälsa oftare vid tal om kvinnan. Detta menar vi kan kopplas till hur psykisk ohälsa konstrueras som en kvinnlig egenskap inom diskursen och att det sociala arbetet måste förhålla sig till denna diskurs. Vid avvikande från upprätthållandet av normer och föreställningar om kön utsätts individen för *straffsanktioner*. Konsekvenserna av *straffsanktioner* från samhället blir att man ses som annorlunda och avvikande. Om en samsjuk kvinna har ett framträdande missbruk i högre grad än den psykiska ohälsan kan hon drabbas av *straffsanktioner*, likaså om du är en man vars psykiska mående är mer framträdande. Att som socialsekreterare eller klient avvika från normer blir svårt, om inte omöjligt, då vi ständigt upprätthåller, talar och definierar kvinnan och mannen utifrån vad som förväntas inom diskursen.

När de går emot diskursen

Killarna säger gärna att dom är psykiskt sjuka, nu pratar jag yngre, det är skillnad. Där måste jag säga att det är skillnad på ålder. Killarna tror jag ju.. många vill ha mer medicin. Eller benzo. Så att man ska kontakta psykiatrin så att dom kan få tabletter utskrivna eller någonting. Och vill gärna göra ADHD utredningar vilket inte tjejerna vill.. dom vill inte göra några utredningar dom är bara missbrukare - "det är inget fel på dom. Så jag upplever att tjejer i mindre mån vill erkänna sina psykiska bekymmer eller göra utredningar. (S2)

I ovanstående citat förklaras hur killar gärna säger att de är psykiskt sjuka vilket går emot diskursen som tidigare socialsekreterare förhållit sig till. Diskursen där den psykiska ohälsan definieras som någonting synonymt med kvinnan. Även en annan socialsekreterare uttrycker att hon känner att män oftare har en ”psykisk skörhet” och går därmed också emot det som förväntas av män inom diskursen.

Männens ”skörhet” problematiseras dock inte utan refereras endast som socialsekreterarens egen uppfattning. Det som däremot lyfts in i citatet är kategorin ålder i förhållande till kön och samsjuklighet där skillnad görs på mannen och den unga killen i tal om den psykiska ohälsan. Hur hon problematiserar och går emot diskursen inom samsjuklighet syns tydligt genom att hon pratar om den unga killen som psykisk sjuk. Butler (2007) skriver om hur vi kan gå emot diskursen men att detta blir problematiskt vilket även syns i ovanstående citat där killen ändå sätts i relation till missbruket i slutet av citatet. Den unga killens sätt att uttrycka sin psykiska ohälsa sätts i relation till ett grundläggande problem med missbruket och hon går åter tillbaka till föreställningar om den missbrukande mannen inom diskursen. Däremot skapas en diskurs inom ålder där den unga killen och den unga tjejen görs skillnad på från mannen och kvinnan. Detta kan ses som att socialsekreteraren ändå gör kön men nu i förhållande till ålder vilket återigen påvisar samsjuklighet som någonting könskodat. Den vuxna mannen och den vuxna kvinnan ses fortfarande som de riktiga könen som diskursen förhåller sig till. Ovanstående citat påvisar även komplexiteten kring samsjuklighet när berättelser går emot varandra genom olika personer som säger olika saker eller samma personer som säger olika saker i förhållande till kön.

Sexualitet

I detta avsnitt kommer vi att analysera den roll som sexualitet spelar i socialsekreterarnas berättelser om samsjuklighet tillsammans med Butlers (2007) begrepp *heterosexuella matrisen* och *performativa handlingar*. Vi märkte hur sexualitet problematiserades och ställdes på sin spets vid samtal kring behandling och framförallt behandlingshem som riktar sig till båda könen eller endast till män eller kvinnor. Samhällets normer angående kvinnans sexualitet blev tydlig men mannens sexualitet blev, i socialsekreterarnas berättelser, inte lika problematiserad eller sågs inte lika degraderad. Vi finner att sexualitet ryms inom diskursen och blir i socialsekreterarnas berättelser ett tydligt mönster i hur de definierar och konstruerar kön.

En socialsekreterare lyfter i frågan kring hinder och möjligheter med separata avdelningar på behandlingshem upp både för- och nackdelar. Två citat presenteras nedan där det först talas om hinder och möjligheter med kvinnliga klienter och kvinnliga avdelningar. Senare i avsnittet fortsätter ett citat som beskriver manliga klienter och behandlingshem.

Hinder och möjligheter.. Det finns ju både och. Definitivt både och. Kvinnor i missbruksvärlden har väldigt ofta väldigt lättare att umgås med män. Dom umgås inte så ofta med andra kvinnor. Och där kan det bli jobbigt för en kvinna att delta i en helt kvinnlig behandling samtidigt som behovet finns. Behovet av att få veta att jag inte är ensam i min situation plus att få lära sig att prata med kvinnor och med sig själv som kvinna. Äh, om utsatthet och övergrepp vilket är frekvent förekommande [...] (S3)

I citatet ovan ser vi hur den samsjuka kvinnan presenteras som en människa i behov av att lära sig umgås med andra kvinnor samt i behov av att lära sig prata med sig själv som kvinna. Likt Mattssons (2005) studie ansågs kvinnorna där ha ett behov av att omformas till feminina kvinnor där kvinnans kön var fel och behövdes göras om. Männens sexualitet och kön behöver inte göras om då maskuliniteten är normen (ibid.). Det sociala arbetet som en normaliserande praktik (Mattsson 2005) upprätthåller samhällsnormer om hur kvinnor och män bör vara. I citatet ovan ses kvinnan ha svårt att umgås med kvinnor då missbruksvärlden än en gång refereras till som en manlig värld. Trots detta blir det kvinnans behov av att lära sig umgås och prata med sig själv som kvinna viktigare och där ska hon kunna prata om sin utsatthet och om övergrepp med andra kvinnor. Citatet ovan kan vara ett uttryck för det som samhället och diskursen förväntar sig av det kvinnliga könet och som även socialsekreterarna förhåller sig till. Det ses som fel att som kvinna vilja eller ha lättare för att umgås med män. Utifrån Butlers (2007) teori gör kvinnan sitt kön här fel genom att umgås med män, att en riktig kvinna borde umgås med bara kvinnor. "Utsatthet" och "övergrepp" blev sedan här ämnen som kvinnor bör samtala med andra kvinnor om, då det är något som kvinnor med samsjuklighet framställs vara med om på daglig basis. De möjligheter som här lyfts fram är endast den vana som

kvinnor i missbruksvärlden har i att umgås med män och att det skulle tala för en könsblandad behandling.

[...] Behandlingshem för bara män.. risken är där att jargongen kan bli på det lite tuffare planet, särskilt ungdomar, där det är ungdomar på samma ställe så att det alltid någon som ska vara tupp på dynghögen. Och då blir behandlingsinnehållet kanske inte så hippt. Problemet med att ha kvinnor och män på samma ställe är att det finns individer som inte orkar ta sig igenom behandling och kastar sig in i en kärleksrelation istället vilket på dom flesta ställena är förbjudet så då får man inte fortsätta behandlingen istället. (S3)

Här lyfts män i behandling med bara män fram i negativ mening. Att "jargongen" kan bli lite på det "tuffare planet" när män är tillsammans med andra män. I citatet blir antagandet av att en heterosexuell relation uppstår i blandad behandling argumentet till varför man inte bör ha kvinnor och män tillsammans. Som Mattsson (2005) lyfter fram i sin avhandling är männens kön inte något problem utan det är kvinnors femininitet som problematiseras. Vidare blir det tydligt hur maskuliniteten är normen i samhället och därför svår att undersöka (ibid.). Socialsekreterarna förhåller sig ovan till den tvingande rådande diskursen i samhället där heterosexualitet kopplas samman med kön där det förutsätts att det finns en naturlig sexuell dragning till det motsatta könet.

I vårt resultat ser vi mönster i att männens sexualitet och ställning inte problematiseras på samma sätt som kvinnans. Vidare kommer ett citat vid samma ställda fråga angående hinder och möjligheter med behandling för män och kvinnor tillsammans eller för sig. Sexualiteten spelar i citatet en tydlig roll och problematiseras även här.

Bara kvinnor eller bara män är om man har ett väldigt sexuellt beteende asså många som är utsatta för mycket när dom är små och utvecklar själv och kanske ... väldigt sexuellt beteende... att dom utsätter sig för situationer som dom inte borde och liksom.. då tror jag det är en fördel att man kan ha bara, om du nu inte dras till

kvinnor också, det kan du ju. Vi säger att det är en kvinna som dras till män då tror jag det är en fördel för att kunna fokusera på sig själv och jobba med sig själv, då tror jag det är en fördel att det finns ett behandlingshem för bara kvinnor, eller bara män (S1)

I citatet kan vi se att det "sexuella beteendet" och att utsätta sig för situationer man inte borde refereras till kvinnliga klienter. Genom *den heterosexuella matrisen* ses kvinnans sexualitet som objekt för ett manligt subjekts begär. Vi kan i ovanstående citat se att kvinnans sexuella beteende blir någonting som gör kvinnan till ett handlade subjekt. Detta leder till att kvinnan går emot det som ryms inom diskursen samt förväntas av henne genom *subversiva handlingar* och hon drabbas av *straffsanktioner*. Ett flertal socialsekreterare problematiserar kvinnans sexuella beteende som någonting som kan leda till att hon utsätter sig för situationer hon inte borde. Att vara kvinna med ett sexuellt beteende i behandling tillsammans med män blir ett hinder då kvinnorna inte kan fokusera eller jobba med sig själva på samma sätt. Ett sexuellt beteende i en kvinnas problembild accepteras och förväntas inte av henne och kvinnor drabbas här av så kallade *straffsanktioner*. Kvinnor med ett sexuellt beteende gör inte sitt kön på rätt sätt genom *performativa handlingar* och deras kön borde göras mer kvinnliga och feminina. En intressant aspekt är att problematiseringen av kvinnors sexuella beteende som hinder sätts i relation till utsatthet som ung. Bilden av kvinnors sexuella beteende konstrueras vidare och gör även dem till *offer* för andras handlingar samtidigt blir kvinnorna till handlade subjekt då de utsätter sig för situationer de inte borde. Socialsekreteraren i ovanstående citat lyfter fram homosexualitet som möjlig men kvinnans sexuella beteende blir fortfarande någonting som bryter mot den rådande normen i samhället och kvinnor ses göra sitt kön fel.

I nästa citat ser vi ännu en intressant aspekt i hur socialsekreterarna talar om kvinnor och män i relation till varandra vid behandlingsfrågor.

Någonting som dom här människorna saknar, som har samsjuklighet det är att känna tillhörighet, känna sig omtyckt, känna att man duger för den man är, för dom har ju rätt stora bekymmer

med sig själva under behandlingsperioden. Äh och då kommer världens man in som då i sitt missbruk har utnyttjat kvinnor äh och dom börjar träffas och det är kört. Då är vi tillbaka till ruta 1. Det hindret ser jag i att man har män och kvinnor tillsammans. (S2)

I citatet ses personer med samsjuklighet sakna mycket i sina liv och ses ha stora bekymmer med sig själva under behandlingsperioden. Problemet i att kvinnor och män ska vara i behandling tillsammans blir när en relation uppstår. Detta förklaras genom att det kommer "världens man" in som i sitt missbruk utnyttjat kvinnor och de börjar träffas och det är "kört". I citatet där "världens man" som utnyttjat kvinnor inleder en relation med en kvinna under behandlingen problematiseras inte. Till skillnad från en kvinnas sexuella beteende som vi analyserat i föregående citat är det inte mannens sexuella beteende som är problemet utan det är handlingen att inleda en relation som lyfts fram som problem. Mannen blir i detta citat *förövare* och kvinnan *offer* för mannens beteende. Laanemets och Kristiansens (2008) studie visar även den likt Mattssons (2005) studie, att gällande sexualitet blir det tydligt att kvinnors sexualitet problematiseras och görs till objekt och hur mäns sexualitet inte problematiseras och ses som sexuella subjekt. Det blir tydligt hur socialsekreterarna följer den rådande diskursen i samhället om synen på sexualitet och hur det är svårt, om än omöjligt, att bryta denna norm. Vidare kan samhällets, och så även socialsekreterarnas, upprätthållande av heteronormativa föreställningar få konsekvenser i hur vi ser på kvinnan och mannens sexualitet i frågan om behandling.

Socialsekreterarens egna genus

I vårt material har vi sett mönster i hur socialsekreterarna förklarar deras relation till klienterna i förhållande till kön. I förklaringarna kring relationen till en klient med samsjuklighet problematiseras mötet utifrån kön, där hinder och möjligheter lyfts fram utifrån socialsekreterarnas egna genus. Begreppet *heterosexuell matrix* blir relevant att använda då socialsekreterarnas sätt att tala om relationen till klienten är utifrån de heteronormativa föreställningar som råder i samhället.

Nedan beskrivs hur socialsekreterares kön kan vara ett hinder på olika sätt i mötet med kvinnliga och manliga klienter med samsjuklighet.

[...] om det ska vara någonting som jag kan sätta fingret på som har vart lite bekymmersamt så är det med en annan kvinna som försöker alliera sig med mig. - Att det här blir vår hemlighet liksom, nu håller vi detta lite, gå ihop med mig här och så ljuger vi lite för sjukvården. Nu överdriver jag lite grann. Men försöker liksom skapa något slags medberoende, eller allians oss emellan där man får vara väldigt observant och prata med sina kollegor - Går jag nu in för mycket i detta? Det kan hända både med män och kvinnor men då blir det ofta någon slags kärleksrelation till en man som man har mycket lättare att uppfatta som handläggare. Att man - oh! Nu hände någonting här som inte ska hända liksom. Den undertonen är lättare att känna igen tycker jag. Än det här som man lätt kan falla in i, eller lätt men jag har gjort det vid några tillfällen så har vi gått i allians helt enkelt. Där någon kollega kan säga till mig - Ja fast nu, är du riktigt objektiv här? Så får man liksom rannsaka sig själv och har man följt med i.. För jag vet ju också hur det är att vara mamma och ha en familj, att tvätta, städa, allt det där [...] (S4)

[...] och det har jag inte upplevt så tydligt med någon man ännu.. Utan där har det varit den här kärleksaspekten eller sexuella undertonen och den kan man lättare värja sig mot att - Jag är din handläggare och vi kan inte ha den typen av relation du och jag. (S4)

I ovanstående citat förklaras hur relationen till en kvinnlig klient ofta kan bli ett hinder i frågan om att skapa en allians. Detta förklarar hon genom att som kvinna vet hon hur det är att ha en familj, att tvätta och att städa. S4 beskriver här, som även ses i ett flertal andra socialsekreterares berättelser, att hon kan känna en samhörighet med en kvinnlig klient för att hon själv är kvinna. Vidare förklaras hur detta kan bli ett hinder i form av att de kan komma för nära sin klient och

skapa ett slags "medberoende" och inte vara objektiv. I utgångspunkt från Butler (2007) skapas här en samhörighet inom diskursen där kön görs till en homogen grupp och kön konstrueras utifrån igenkännande i att de flesta kvinnor kan känna igen sig i att vara kvinna. Mattsson (2005) talar om hur samhället hela tiden upprätthåller normer om hur män och kvinnor ska vara. Kön konstrueras ytterligare i ovanstående citat där socialsekreteraren refererar till sysslor som finns inom diskursen som återigen blir en igenkännande faktor till den kvinnliga klienten. Mönster som syns är hur socialsekreterarna förhåller sig till samhällets normer kring vad som förväntas vara kvinnligt och hur detta kvinnliga skapar samhörighet mellan alla kvinnor. I flertal studier (Schlytter 1998; Vogel 2012; Laanemets & Kristiansen 2008) beskrivs hur pojkar och flickor behandlas olika och tillskrivs olika begrepp och egenskaper. Flertal socialsekreterare problematiserar vidare kring vad som kan hända i relationen med en manlig klient och konstaterar att det inte är på samma sätt som med en kvinnlig klient. I ovanstående citat beskrivs att hinder med en manlig klient är lättare att uppfatta då det oftast blir en kärleksrelation till en man. Mattsson (2005) talar om den heterosexuella normen och så även Butler (2007) med begreppet *den heterosexuella matrisen* som förklarar hur samhället agerar utifrån föreställningar om den heterosexuella normen. Butler (2007) skriver om hur kön på det sättet konstrueras genom att kön och sexualitet förklaras som något naturligt och hur detta kopplas ihop med en dragning till det motsatta könet. I ovanstående citat beskrivs mötet med en manlig klient och att "kärleksaspekten" i detta möte blir viktig. En kärleksrelation kan uppstå genom en "sexuell underton" som kan vara ett hinder i mötet mellan könet man och könet kvinna och att detta är hindret som kan uppstå som kvinnlig socialsekreterare till en manlig klient. Kön konstrueras här tydligt genom *den heterosexuella matrisen* där det kvinnliga och det manliga könet ses som motsatta poler som naturligt ska dras till varandra. Mattssons (2005) studie visar hur den manliga personalen inte fick ha fysisk kontakt med de kvinnliga intagna på ett behandlingshem utan det skulle den kvinnliga personalen ha. Genom samhällets föreställningar om kön och genom att den heterosexuella normen upprätthålls och konstrueras hela tiden föreställningar om att det finns en "sexuell underton" mellan män och kvinnor.

Nedan berättas om hur sexualitet blir problematiskt i situationer där en ung kille ska prata med sin kvinnliga socialsekreterare.

Ofta när man ska prata om det här med sexualitet som jag har aktuellt med nu, en ganska ung kille liksom så är det inte jättekul och sitta o prata med sin soctant liksom utan då hade man ju önskat att det fanns en kille att plocka in i dom lägena. O jag kan tänka mig att om man är man kanske man inte hade känt sig bekväm att diskutera med kvinnor tvärtom heller (S5)

Ovanstående socialsekreterare liksom som flertalet andra socialsekreterare problematiserar och säger att det möjligen inte är bekvämt att diskutera sexualitet mellan socialsekreterare och klient av olika kön. Utifrån Butler (2007) kan detta återigen kopplas till svårigheten med att tänka utanför den heterosexuella normen och svårigheten med att gå emot könsföreställningar i samhället. Ett konstruerande och upprätthållande av den heterosexuella normen sker även här. Det intressanta i ovanstående citat blir hur kön och sexualitet återigen sätts i förhållande till kategorin ålder. I tidigare citat av S2 där psykisk ohälsa refererades till den unga mannen rättfärdigade hon den annars omanliga egenskapen genom ålderkategorisering. Samma mönster syns här då S5 rättfärdigar det manliga könet inom diskursen genom att prata om sexualitet och kön utifrån ålder. Med utgångspunkt från Butlers (2007) teori sker ett upprätthållande av den heterosexuella normen som råder i samhället, genom *performativa handlingar*, där mannen och kvinnan inte kan prata med varandra om sexualitet utan att det blir en "sexuell underton".

I de två nedanstående citaten svarar ett flertal socialsekreterare på frågan om de tror att egenskapen i att vara kvinna kan påverka bemötandet eller utredningens gång i möte med en manlig eller kvinnlig klient. Det blir tydligt hur socialsekreterarens egna genus spelar roll i relation till de egenskaper som rymms inom diskursen för vad som förväntas av ett kön och tillskrivs det kvinnliga könet (Butler 2007).

Kvinnor har ju kanske lättare att anförtro sig till en annan kvinna.. många män säger - åh jag är glad att det inte blev en man för då blir jag lite såhär då måste jag vara lite tuff eller.. ah, nu överdriver jag lite men lite.. men uttrycker det, jag har lättare för att prata med kvinnor och det här kommer verkligen fram när man frågar - Hur tänker du inför en behandlingskontakt, skulle du vilja ha en man, kvinna, äldre, yngre? Och det är väldigt många, både män och kvinnor som föredrar en kvinna då. Som säger - gärna någon som, som är lite omvårdande och så [...] Och på något sätt ligger det inbyggt också i vårt samhälle att det är kvinna som har den rollen haha att säga det (S4)

Nog lättare att öppna sig för en kvinna [...] så jag tror det är lättare för kvinnor o jobba med samsjuklighet. (S2)

Egenskaper som "omvårdande" lyfts fram som något många klienter önskar och att denna egenskap förknippas till en kvinnlig socialsekreterare. Det blir tydligt hur egenskaper kopplas till ett specifikt kön och hur detta upprätthålls av samhälle, klient och socialsekreterare inom det sociala arbetet. När kvinnan får denna roll från samhället visas viss könsmedvetenhet av socialsekreterarna men detta problematiseras inte vidare utan konstateras endast. Utifrån Butler (2007) bidrar detta återigen till ett upprätthållande av könsföreställningarna som råder i samhället. I ovanstående citat berättas hur en anledning till att det är svårare för en manlig socialsekreterare att arbeta med samsjuka män kan vara att manliga klienter känner att de måste vara "tuffa". Vidare beskrivs att det inte är på samma sätt med en kvinnlig socialsekreterare. Egenskaper konstrueras kopplade till ett kön där samhällets föreställningar om kön upprätthålls.

S2 beskriver att det oftast är lättare för en kvinna att arbeta med samsjuklighet men problematiserar inte ytterligare om varför det kan vara så. Vi kan i citatet dock se att hon tillskriver en kvinnlig socialsekreterare egenskaper som inte en manlig socialsekreterare kan ha när hon åtskiljer män och kvinnors arbete med samsjuklighet.

Ett mönster som syns tydligt är när socialsekreterarna själva blir medvetna om könsföreställningar men anger stereotyper om kön som sedan återskapar könskonstruktioner. Detta visar hur svårt det är att undvika att följa normen trots en medvetenhet om könsföreställningar som råder i samhället. Konstruerandet och upprätthållandet av könsföreställningar problematiseras inte inom den egna praktiken. Tidigare citat visar på hur ansvaret kring konstruktionen av kön läggs på någon annan som oftast “den manliga missbruksvärlden” eller “samhället”. Socialsekreterarnas egna genus och deras roll i upprätthållandet av kön problematiseras inte av dem själva. Det är viktigt vi alla i samhället kan se hur vi är en bidragande faktor till konstruerandet och upprätthållandet av könsföreställningar och vad detta sedan kan få för konsekvenser.

Diskussion och slutsats

Genom att undersöka och analysera socialsekreterarnas sätt att tala om kvinnor respektive män med samsjuklighet har vi i deras berättelser funnit mönster kring föreställningar om kön. Likt det sociala arbetet är frågan om hur socialsekreterare konstruerar kön komplext. Våra socialsekreterares berättelser har dock givit oss möjlighet att komma åt vårt syfte och besvara hur socialsekreterare konstruerar kön i mötet med kvinnor respektive män med samsjuklighet.

I vårt material har vi sett att socialsekreterarna tenderar att koppla psykisk ohälsa, en psykiatrisk medvetenhet, som en kvinnlig egenskap. I den samsjuka kvinnans sjukdomsbild blir den psykiska ohälsan mer framträdande och det förväntas av den samsjuka kvinnan att kunna tala om och förhålla sig till sitt psykiska mående. Den samsjuka mannen förväntas dock inte vilja prata om sin psykiska ohälsa eller lyfta fram denna problematik. Missbruket i samsjukligheten ses som mer accepterat för mannen, detta då mannen passar in i missbruksvärlden och antas själv se missbruket som sin huvudproblematik. Som kvinna är inte missbruket i samsjukligheten lika normativt eller accepterat som för en man. I socialsekreterarnas berättelser blir missbruket en manlig egenskap där mannen är accepterad i "den manliga missbruksvärlden". Detta ser vi kan liknas vid andra könsföreställningar i samhället och i det sociala arbetet där kvinnan och mannen är varandras motpoler och vad som anses maskulint och feminint står i relation mot varandra. Detta menar vi blir ett tydligt tecken på att socialsekreterarna förhåller sig till det som ryms inom diskursen och det som förväntas av könen. Diskursen påverkar direkt kvinnor och män med samsjuklighet, och andra klientgrupper, som kommer eller inte kommer till socialtjänsten på grund av sitt kön. Genom *performativa* könshandlingar upprätthåller här socialsekreterarna det manliga och kvinnliga könet och det som förväntas och accepteras inom diskursen i sitt sätt att tala om kvinnor och män med samsjuklighet. Samsjukligheten, missbruket och den psykiska ohälsan, blev en central komponent när vi talade om att vara ett *offer* och vara utsatt i sin problematik. Dessa två begrepp är vad vi sedan i vårt material sett tenderar användas synonymt med den samsjuka kvinnan där hon varit utsatt som ung, är utsatt i sitt missbruk och sin psykiska ohälsa och

ses som ett *offer* för samhällets påtryckningar samt i den manliga missbruksvärlden. Vi föds in i diskursen och där skapas könet.

Det talades om sambandet mellan barn- och ungdomspsykiatri och kvinnliga klienters syn på sig själva. Vi ser hur detta påvisar hur vi föds in i vad som förväntas och accepteras av ens kön där unga tjejer förhållit och fortsätter att förhålla sig till en självbild som antingen är sjuk eller frisk. Sociala problem som könsbundna blir här tydligt. I socialsekreterarnas berättelser finns en medvetenhet om att den psykiska ohälsan förknippas som en kvinnlig egenskap. Mönster vi sett i vårt material är hur kvinnan inte kommer i kontakt med socialtjänst och missbruksvård på samma sätt som män. Att klientens kön kan bli en faktor som styr innehållet och rätten till adekvat vård. Kvinnors behandling kan styras utifrån att man som kvinna är *utsatt*, ett *offer*, har ett *sexuellt beteende*, inte vet hur man umgås med kvinnor eller med sig själv som kvinna samt att kvinnan befinner sig i en värld där kvinnor inte bör vara. Dessa synonymer och egenskaper som socialsekreterarna lyfter fram i samtal om kvinnan tänker vi direkt kan påverka den samsjuka kvinnans vård. När det talas om den samsjuka mannen eller kvinnan kan könet bli det som leder till vilket fokus ens samsjuklighet får och detta sker trots att våra socialsekreterare visade medvetenhet om att det är fel och oroväckande.

Socialsekreterarens egna genus påverkas också av diskursen då de är en del av diskursen. När socialsekreterarna definierade sig själva som kvinna kopplade de sitt kön till egenskaper som exempel "omhändertagande". Det framkom även att "kvinnor skulle vara bättre på att arbeta med samsjuklighet" vilket vi kan se som en direkt konsekvens av hur kön är konstruerat och görs genom *performativa handlingar*. Sociala problem som konstruktioner och kön som konstruktion är på ett sätt den verklighet som socialsekreterarna och alla andra i samhället förhåller sig till. Detta gör det sociala arbetet problematiskt då det är en normaliserande praktik som ska hjälpa personer till att bli normala i förhållande till vad som förväntas av dem inom diskursen. Socialsekreterare förhåller sig alltid till vad samhället, diskursen, betraktar som sociala problem. Om kön blir en faktor som påverkar på vilket sätt en person med samsjuklighet får hjälp leder det till att det

sociala arbetet fortsätter upprätthålla föreställningar om hur vi bör vara som man och kvinna.

En socialsekreterare berättade hur hon inte kunde tillgodose sin manliga klients önskemål vilket var att han ville åka på behandlingshem med sitt barn. Anledningen var att det endast fanns hem tillgängliga för mammor med sina barn. Detta kan ses som en konsekvens av att det sociala arbetet kopplar ihop föräldraskap med att vara kvinna och att insatserna blir därefter. Vidare kan detta även vara ett exempel på hur könsföreställningar som upprätthålls inom det sociala arbetet och i samhället leder till konsekvenser för vilka insatser som finns. Som socialsekreterare är det viktigt att vara medveten om att vi själva är en del av konstruerandet av kön då vi alltid befinner sig inom diskursen. Ens medvetenhet och förhållningssätt till män och kvinnor med samsjuklighet påverkar direkt mötet, utredningen, bedömningen och behandlingen samt hur det sociala arbetet kommer att fortlöpa.

I vårt material har vi sett hur föreställningar om kön kan styra vad det sociala arbetets profession ser att ens klienter har för behov. En kvinna med samsjuklighet ses synonymt med sin psykiska ohälsa och mannen med samsjuklighet förknippas med sitt missbruk. Dessa föreställningar sågs av socialsekreterarna både komma från klienterna själva och från samhället. Trots att våra socialsekreterare visade viss könsmedvetenhet såg vi att både socialsekreterarna och det sociala arbetet upprätthåller och konstruerar kön. Deras klienter med samsjuklighet som avvek från det som förväntades drabbades av sanktioner för att de tedde sig okvinnligt eller omanligt. Än en gång såg vi hur kvinnan med samsjuklighet problematiserades och var degraderad i förhållande till den samsjuka mannen. Mannen med samsjuklighet accepterades inom missbruksvården utifrån att mannens hela problematik sågs synonymt med missbruket. Samtidigt är det viktigt att påpeka hur även vi som skriver denna uppsats är en del av samhället och som konstruerar sociala problem, upprätthåller könsnormer samt att denna uppsats ytterligare kan bidra till att konstruera kön genom att lyfta upp frågan.

Vår slutsats är att socialsekreterarna konstruerar kön genom sitt sätt att tala om samsjuklighet och upprätthåller därigenom könsföreställningar om vad som är kvinnligt och manligt. Samsjuklighet är könskodat och problematiken speglar åtskillnader mellan kvinnor och män. Socialsekreterarna tilldelade kvinnor och män med samsjuklighet olika egenskaper utifrån vad som förväntades av deras kön inom diskursen. Det vi såg i socialsekreterarnas berättelser var att vid samsjuklighet blev missbruket indirekt en manlig egenskap och den psykiska ohälsan sågs synonymt med det kvinnliga könet. Detta kan även leda till konsekvenser för det sociala arbetet i stort om kön blir ett hinder för vilken behandling du får och vilken verksamhet du vänder dig till. Att vi föds in i diskursen där kön ses som någonting naturligt och där förväntningar om hur vi bör vara är sanning leder det till svårigheter att komma ifrån detta helt. Att män och kvinnor är olika är den verklighet som vi alla förhåller oss till. För det sociala arbetet ser vi att ökad kunskap och medvetenhet om konstruerandet av kön och föreställningar om manligt och kvinnligt samt dess konsekvenser är av stor betydelse. Vid denna medvetenhet och kunskap kan varje enskild socialarbetare minska risken att kön går före behov hos sina klienter. Vid medvetenhet och kunskap om *de performativa handlingarnas* konsekvenser för klienterna kan vi inom det sociala arbetet arbeta för att inte fortsätta upprätthålla och konstruera kön i vår praktik.

Referenser

Andersson, B (1998:2) *Ett § 12-hem för flickor. Omdefinitioner inom ungdomsvården*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse

Armelius B, Armelius K, Larsson H & Sundbom E (2002:1). *Missbrukare med psykiska störningar och psykiatripatienter: Jämförelser baserade på ASI, SASB och DMT*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.

Berger, L. P & Luckmann, T (1998). *Kunskapssociologi. Hur individen uppfattar och formar sin sociala verklighet*. Stockholm: Wahlström & Widstrand

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

Butler, J (2007) *Genustrubbel: Feminism och identitetens subversion*. Göteborg: Daidalos AB

Chen W K, Banducci N A, Guller L, Macati J R, Lavelle A, Daughters B S & Lejuez W C (2011). "An examination of psychiatric comorbidities as a function of gender and substance type within an inpatient substance use treatment program" *Drug and alcohol dependence*, 118, 1, 92-99

Edman, J (2004) *Torken: tvångsvården av alkoholmissbrukare i Sverige 1940-1981* (Stockholm Studies in History 70), Stockholm: Acta Universitatis Stockholmiensis

Hydén, M (2006) "Har sociala problem ett kön". I Meeuwisse A, Sunesson S, Swärd H *Socialt arbete en grundbok*. Stockholm: Natur & Kultur.

Hydén M & Månsson S (2006) "kön i teori och praktik". I Meeuwisse A, Sunesson S & Swärd H *Socialt arbete en grundbok*. Stockholm: Natur & Kultur.

Jönson, H (2010). *Sociala problem som perspektiv: En ansats för forskning och socialt arbete*. Malmö: Liber

Kullberg, C, Herz, M, Wallroth, V & Skillmark, M (2012) "Genus och kön som grund för konstruktioner av kvinnors och mäns sociala problem" i Kullberg, C, Herz, M, Wallroth, V & Skillmark, M *Genus i socialt arbete*. Malmö: Liber AB

Kullberg, C & Herz, M (2012) "Genusmedvetet socialt arbete" i Kullberg, C, Herz, M, Wallroth, V & Skillmark, M *Genus i socialt arbete*. Malmö: Liber AB

Laanemets, L & Kristiansen, A (2008:1) *Kön och behandling inom tvångsvård. En studie av hur vården organiseras med avseende på genus*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse

Landheim S A, Bakken K & Vaglum P (2003). "Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics - substance abusers treated in the county in Norway" *European addiction research*, 9, 1, 8-14.

Mattsson, T (2005) *I viljan att göra det normala: en kritisk studie av genusperspektivet i missbrukarvården*. Lund: Lunds Universitet

Mattsson, T (2007). "Socialt arbete, kön och normalitet". I Svensson K *Normer och normalitet i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Meeuwisse & Swärd (2002) "Introduktion: Vad är ett socialt problem?". I Meeuwisse A & Swärd H *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur & Kultur

Sahlin, I (2002) "Sociala problem som verklighetskonstruktioner". I Meeuwisse A & Swärd H *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur & Kultur

Schlytter, A (1998) "LVU ur ett könsperspektiv" i Edgren Schori, M (red) *Forsasymposium: 18-20 september 1997*. Stockholm: Stockholms Universitet

Socialstyrelsen (2014) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Stöd för styrning och ledning Preliminär version.* (Artikelnummer 2014-3-24)

Shoerber R & Annis M H (1996) "Barriers to help-seeking for change in drinking: a gender focus review of the litterture" *Addictive behaviours*, 21, 1, 81-92.

SOU 2011:35 *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individen, kunskapen och ansvaret.* Stockholm: Statens offentliga utredningar

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.* (Elektronisk): Stockholm: Vetenskapsrådet
<<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>> 150102.

Vogel, M (2012) *Särskilda ungdomshem och vårdkedjor - om ungdomar, kön, klass och etnicitet.* Stockholm: Stockholms Universitet

Zilberman L M, Tavares H, Blume S & El-guebalu N (2003). "Substance use disorders: sex differences and psychiatric comorbidities" *The canadian journal of psychiatry*, 48, 1, 5-13.

Bilaga 1

Vi är två studenter som läser sjätte terminen på socionomprogrammet vid Lunds universitet. Vi skriver vår kandidatuppsats nu under hösten. Vårt syfte med kandidatuppsatsen är att undersöka och analysera socialsekreterares förhållningssätt till kvinnor och män med samsjuklighet (missbruk och psykisk ohälsa). Intervjun kommer att genomföras vid ett tillfälle under ca 1 timme.

Vår förhoppning är att kunna spela in intervjun på band för att på så sätt kunna koncentrera oss helt på samtalet och inte behöva avbryta för att anteckna. Det vi spelar in kommer att raderas när vi har skrivit ut intervjun. All information och material kommer att hanteras med varsamhet och diskretion. Vi kommer inte att namnge dig eller din verksamhet i vår uppsats.

Vi hoppas även ha möjlighet att återkomma till dig om det skulle uppstå några oklarheter eller om vi behöver ställa någon ytterligare fråga. Om du önskar kan vi komma överens om återrapportering. Det är av stor betydelse för oss och vår undersökning om du har möjlighet att dela med dig av din kunskap och dina erfarenheter.

Vi är mycket tacksamma för svar snarast. Vi tänker oss att intervjuerna ska äga rum mellan måndagen den 10/11 och fredagen 21/11.

Teman som tas upp vid intervjun:

Samsjuklighet

Bedömning kring insatser och LVM

Problematiken kring samsjuklighet

Förhållningssätt gentemot män och kvinnor med samsjuklighet

Klienternas behov

Tack på förhand!

Bilaga 2

Bakgrund

Vad är din ålder?

Vad är din yrkestillhörighet?

Tid sedan examen?

Tid som anställd?

Det generella mötet med samsjuklighet

I vilken utsträckning kommer ni i kontakt med samsjuklighet? Och hur tar det sig i uttryck? Ge exempel på vilka personer detta är.

Vilken slags kombination av missbruk och psykisk sjukdom möter ni främst i ert yrke? Varför ni tror att dessa förekommer oftare/eller inte så ofta? Vilka personer?

Kan du ge exempel på vilket sätt är det olikt att arbeta med personer med samsjuklighet jämfört med att bara ha ett problemområde, bara ett missbruk?

Vad tycker du är viktiga egenskaper som socialsekreterare vid bemötandet av personer med samsjuklighet och varför?

Bedömningen och tvånget

Hur går diskussionerna kring problematiken samsjuklighet då ni på er enhet har fokus på missbruket i första hand?

Vilka aspekter blir centrala och viktiga vid diskussioner angående LVM, trots att psykisk sjukdom spelar en stor roll i klientens situation?

Vad spelar den psykiska ohälsan för roll, hur mycket påverkar den bedömningen kring utredningen eller vid ett LVM?

Vad har ni för mål under tiden hos er, vad ska klienterna med samsjuklighet och ni uppnå? Ge ett exempel från en situation om vilka mål ni kan ha för kvinnor eller män med samsjuklighet.

När barn är med i bilden, på vilket sätt påverkar det bedömningen kring utredningen och LVM? Exempel på situationer där detta tas till hänsyn och på vilket sätt.

Hur bedömer ni kring kriterierna i 4§ i en LVM-utredning vid samsjuklighet? Är det vissa kriterier som oftare används i bedömningen? Varför tror du att det är så?

Vilka kriterier tror du oftare används i samband med LVM utredningar för män/kvinna med samsjuklighet jämfört med kvinnor med samsjuklighet?

Förknippar du missbruk eller psykisk ohälsa med något kön?

Att vara en man och kvinna med samsjuklighet

Möter du oftare män eller kvinnor som lider av samsjuklighet? – Om, varför, vilka kombinationer?

I mötet med samsjuklighet, vilka mönster har du sett angående om missbruket föreligger den psykiska ohälsan eller om en persons psykiska ohälsa föreligger missbruket? Man/kvinna.

Vilka riskfaktorer kan du se finns i att kvinnor utvecklar både ett missbruk och psykisk sjukdom? Exempel på sådana riskfaktorer, exempel på konkreta ärenden.

Kan du ge exempel på riskfaktorer som i större utsträckning kan påverka män att hamna i missbruk och psykisk sjukdom?

Vad definierar klienterna oftast som sin huvudproblematik i sin samsjuklighet? Exempel när dem tar kontakt eller vid en anmälan. Män/kvinnor

Kan du ge exempel på en situation där du mött en man eller en kvinna och upplevt att kombinationen med att ha ett missbruk och psykisk ohälsa försvårat bedömningen under utredningen eller valet av insats?

Hur tror du din egenskap i att vara en kvinna (eller man) påverkar utredningens gång när det handlar om en annan kvinna (eller man) som lider av samsjuklighet? Exempel på vilka hinder och möjligheter du kan se och varför det påverkar?

Vilka hinder eller möjligheter skapas i mötet med en man med samsjuklighet (om du är kvinna)?

Vad har ni sett att personer med samsjuklighet har för andra behov utöver insats/behandling hos er?

Kan du ge ett exempel på behov som kvinnor/män med samsjuklighet ofta har som insatsen eller LVM:et inte helt kan tillgodose? (Vi tänker på sociala relationer, normaliseras?, bryta mönster, sysselsättning)

Brukar det finnas önskemål bland klienter med samsjuklighet kring vilken insats man vill ha? Exempel - Vilka brukar önska vissa typer av insatser?

Kan du berätta vilka insatser du använder dig av vid samsjuklighet?
Finns det insatser kvinnor/män får oftare, varför?

Vad ser du för hinder/möjligheter med att det finns behandlingshem med avdelningar som vänder sig endast till kvinnor eller endast till män?

Har du några frågor eller något annat du vill berätta innan vi avslutar?

