

Lunds universitet
Socialhögskolan
SOL 612
Vt 2007

Vem tar vem?

– En undersökning om den sociala bakgrundens betydelse vid bedömning av
vård vid alkoholproblem

Författare: Sara Christiansson,
Kristina Lindestam

Handledare: Dolf Tops

Abstract

The purpose with our essay was to examine which clients/patients get treatment for alcohol problems from either health care units or social service units. We also wanted to find out how staff in these units considers the importance of social background in the assessment of treatment. The questions we have focused are: How do the clients/patients get in contact with the units? How does staff in these units consider the importance of social background in the assessment of treatment? How is the social background like for the present clients/patients? To fulfil the purpose with our investigation and to get answers to our questions, we performed an explorative examination and applied a qualitative method in the form of a semi-structured interview with six persons. The investigation showed that clients/patients get in contact with the units by looking for treatment by themselves or by relatives and other organisations. The social background did not have any significant importance in the assessment of treatment. The social background is spread from homeless people with alcohol problems to well established people with alcohol problems in social service units. We also found that people with alcohol problems and psychological complications more often tend to seek treatment from health care units.

Keywords: Alcohol problem, treatment, healthcare, social service, social background .

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| FÖRORD | 4 |
| KAPITEL 1 | 5 |
| PROBLEMFÖRMULERING | 5 |
| SYFTE | 6 |
| FRÅGESTÄLLNINGAR | 6 |
| KAPITEL 2 | 6 |
| METOD OCH URVAL | 6 |
| STUDIENS UPPLÄGGNING | 6 |
| TILLVÄGAGÅNGSSÄTT | 7 |
| URVAL | 8 |
| AVGRÄNSNINGAR | 9 |
| RESULTATENS TILLFÖRLITLIGHET | 9 |
| ANALYSMETOD | 10 |
| DATAKÄLLOR OCH KÄLLKRITIK | 11 |
| ETISKA ÖVERVÄGANDEN | 11 |
| BEGREPPSFÖRKLARINGAR | 12 |
| FORTSATT FRAMSTÄLLNING | 12 |
| KAPITEL 3 | 13 |
| TEORI | 13 |
| <i>Socialkonstruktionism</i> | 13 |
| TIDIGARE FORSKNING | 14 |
| <i>Socialtjänst</i> | 14 |
| HÄLSO- OCH SJUKVÅRD | 15 |
| BEHANDLING | 16 |
| PREVENTION | 16 |
| <i>Primärprevention</i> | 16 |
| <i>Sekundärprevention</i> | 17 |
| <i>Tertiärprevention</i> | 17 |
| SOCIALA KATEGORIER | 17 |
| <i>Äldre missbrukare</i> | 17 |
| <i>Socialt utslagna i arbetsför ålder</i> | 18 |
| <i>Yngre missbrukare</i> | 18 |
| <i>Socialt etablerade - dolda missbrukare</i> | 18 |
| <i>Psykiskt störda missbrukare</i> | 19 |
| <i>Medicinskt krisrelaterat drickande</i> | 19 |
| KAPITEL 4 | 19 |
| RESULTATREDOVISNING OCH ANALYS | 19 |
| KLIENTENS/PATIENTENS MÖTE OCH FORTSATT KONTAKT MED ORGANISATIONEN | 20 |
| ANALYS | 23 |
| DEN HJÄLPSÖKANDES SOCIALA BAKGRUND OCH DESS BETYDELSE FÖR BEDÖMNING AV VÅRD | 25 |
| ANALYS | 29 |
| KAPITEL 5 | 31 |
| SAMMANFATTNING | 31 |
| SLUTDISKUSSION | 32 |
| KÄLLFÖRTECKNING | 35 |
| BILAGA 1 | 39 |
| BILAGA 2 | 40 |

FÖRORD

Datum: 2007-05-25

Tack till alla respondenter som har gjort denna studie möjlig. Utan er hjälp hade inte arbetet kunnat genomföras. Utöver allt material vi fått för vår uppsats, har det varit oerhört givande och lärorikt.

Vi riktar även stort tack till Dolf Tops som handlett vårt uppsatsskrivande och bidragit med tips och idéer.

Sara Christiansson
Kristina Lindestam

KAPITEL 1

Problemformulering

Enligt Centralförbundet för alkohol och narkotika upplysnings officiella hemsida på Internet är det i stort sätt omöjligt att beräkna hur många alkoholister det finns. En anledning är att medicinska och samhällsvetenskapliga traditioner definierar alkoholism på olika sätt (Can, 1994).

Enligt Johansson och Wirbing (2003) är alkohol den vanligaste drogen i Sverige. Den brukas i alla åldrar från de nedre tonåren och uppåt. Uppskattningsvis har mellan 800 000 till 900 000 personer alkoholproblem. Av dessa uppskattas ca 500 000 ha ett risk beteende. 200 000 till 250 000 anses ha ett alkoholberoende men fortfarande fungera socialt. Medan ca 50 000 har ett svårt alkoholberoende (a.a.).

Socialtjänsten har enligt socialtjänstlagen ett huvudansvar för att förebygga och behandla alkoholproblem. De flesta personer som får behandling för alkoholproblem har dock aldrig kontakt med socialtjänsten. Istället sker behandlingen i öppenvård genom hemortens hälso- och sjukvård (Johansson & Wirbing, 2001). I hälso- och sjukvårdslagen finns en paragraf som säger att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa och att den som vänder sig till sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada (Falk & Nilsson, 1999).

I tidigare forskning har det framkommit att den sociala situationen ofta är bättre bland missbrukare som har kontakt med sjukvården. Bland de alkoholmissbrukare som har kontakt med socialtjänsten finns det ofta en stor social problematik medan sjukvården har kontakt med en socialt mer välintegrerad grupp där alkoholmissbruk och medicinska komplikationer är en viktig orsak till kontakten. Enligt tidigare forskning är endast en del av de patienter med alkoholproblem som har kontakt med sjukvården kända hos socialtjänsten på grund av missbruksproblematik. Den sociala situationen är ofta bättre bland missbrukare som har kontakt med sjukvården (Ågren, 2000).

Det är en intressant fråga att undersöka varför vissa människor med alkoholproblem kommer i kontakt med olika verksamheter och vad det beror på. Därför kommer vi att fördjupa oss i den sociala bakgrundens betydelse i bedömning av vård av alkoholproblem.

Syfte

Syftet är att undersöka vilka klienter/patienter som blir aktuella för vård hos socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården och hur personal inom dessa verksamheter tänker om den sociala bakgrundens betydelse hos personer med alkoholproblem vid bedömning av vård.

Frågeställningar

- Hur kommer klienter/patienter i kontakt med respektive verksamhet?
- Hur ser den sociala bakgrunden ut för de aktuella klienterna/patienterna hos respektive verksamhet?
- Hur stor betydelse har den sociala bakgrunden i personalens bedömning av vård när det gäller alkoholproblem?

KAPITEL 2

Metod och urval

Studiens uppläggning

Syftet med kvalitativa intervjuer är att använda sig av det direkta mötet mellan intervjuare och intervjuperson (Widerberg, 2002). För att få en djupare bild av respondenternas erfarenhet och tankegång används den kvalitativa metoden eftersom denna rymmer goda möjligheter till både vidsynthet och djupsinnet (Eliasson, 1994). För att undvika för stor styrning från intervjuarnas sida, används inte standardiserade frågeformulär. Detta för att undersökningspersonerna själva ska få styra utvecklingen av intervjun och att de synpunkter som kommer fram ska vara ett resultat av deras egna uppfattningar (Holme & Solvang, 1997).

Semistrukturerade intervjuer används för att kunna diskutera i mer samtalsliknande former, intervjuaren har en lista med ämnen som ska behandlas och frågor som ska besvaras. Intervjuaren är flexibel när det gäller ämnenas ordningsföljd och låter den intervjuade utveckla sina idéer och tala mer utförligt om det ämne som intervjuaren tar upp. Svaren är öppna och betoningen ligger på den intervjuade som utvecklar sina synpunkter (Denscombe, 2000).

Kvalitativa intervjuer utmärker sig för att frågorna är enkla och raka vilket brukar utveckla innehållsrika svar som ger ett rikt material, genom detta blir det lättare att förstå människors sätt att resonera och reagera (Trost, 2005). Den kvalitativa metoden utmärks även av dess flexibilitet vilket kan vara bra då det ofta dyker upp nya frågeställningar under en datainsamling som det sedan finns möjlighet att använda vid efterföljande intervjuer. Flexibiliteten kan också finnas i att ett svar på en fråga kan leda till uppföljningsfrågor. Den kvalitativa metoden fångar även upp nyanser och verklighetsuppfattningar på ett autentiskt sätt (Repstad, 1999). Inom kvalitativa metoder är det forskarens uppfattning eller tolkning av information som står i förgrunden, exempelvis tolkningar av referensramar, motiv, sociala processer och sociala sammanhang (Holme & Solvang, 1997).

Tillvägagångssätt

Vi började med att undersöka vilken forskning som kan knytas till vårt syfte. För att hitta lämpliga respondenter tog vi kontakt med olika kommuner vi fann intressanta att undersöka. Därefter ringde vi dessa kommuners växel för att försäkra oss om att missbrukverksamhet bedrivs av kommunens socialtjänst. Vi ringde även till sjukvården för att ta reda på vilka som bedriver behandling av alkoholproblem inom hälso- och sjukvården. Till de respondenter vi tyckte var intressanta skrev vi ett informationsbrev (Bilaga 1) där vi presenterade oss och vårt syfte med uppsatsen. I brevet formulerade vi noggrant vad vi tänkte undersöka. Efter några dagar ringde vi upp verksamheterna för att se om de var intresserade av att delta i vår undersökning. Våra intervjupersoner har själva getts möjlighet att välja plats för intervjun för att känna sig trygga och avslappnade. Intervjuerna har i samtliga fall genomförts på respektive respondents arbetsplats. Vid intervjuerna har en intervjuguide (Bilaga 2) använts med fem ämnen med ett antal underliggande stödfrågor. Intervjuerna

spelade vi in på diktafon efter respondenternas samtycke, detta för att kunna lyssna och engagera oss på intervjun bättre. Att vara två har gett oss en bättre möjlighet att föra en diskussion om tolkningar och uppfattningar efter intervjun. Vi har erfarit att det varit svårt att få tag på personer till våra intervjuer men upplever ändå att de svar vi fått in kan användas för att uppfylla vårt syfte. Efter våra intervjuer har vi skrivit ut dessa för att sedan använda i vår analysdel. Vi har använt oss av tryckt material så som litteratur och Internetkällor för att jämföra det vi fått in genom våra intervjuer med andra forskningsresultat för ett bättre underlag. Detta för att kunna göra ett bättre ställningstagande till hur pass allmängiltiga våra egna resultat är. Vår undersökning kommer att bygga på en teori. Denna är socialkonstruktionism. Vi har valt att använda oss av socialkonstruktionism för att se hur samhället ser på vem som blir klient och patient.

Urval

Vi har intervjuat sammanlagt sex personer inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Vår avsikt var att göra 8-10 intervjuer, vilket visade sig vara svårt att få tag på, vi fick till slut ihop sex intervjuer. Halvorsen (1992) skriver att då man är intresserad av kvaliteten på informationen strävar man efter att intervjuar de personer inom det sociala systemet som har de största kunskaperna. Man brukar då utnyttja snöbollseffekten som urvalsmetod. Detta innebär att man från en person får namnet på andra som kan vara lämpliga att intervjuar, vilket vi har utnyttjat då de gäller hälso- och sjukvården (a.a.). En av de respondenter vi tog kontakt med gav oss namn på andra som vi sedan tog kontakt med och intervjuade. Valet av respondenter inom socialtjänsten har skett genom att välja ut enheter i olika kommuner. De verksamheter vi tagit kontakt med har själva bedömt om de kan bidra med användbar information till vår undersökning och har därefter också utsett lämpliga respondenter till våra intervjuer. Antalet respondenter delades upp lika mellan verksamheterna. Vi har inte haft något krav på respondenternas yrkestitel eller utbildning. Samtliga intervjupersoner har mångårig erfarenhet av missbruksvård. Behandlingsinriktningarna skiljer för de olika verksamheterna. De personer vi har intervjuat har varit: Socialpedagog som arbetar med tolvstegsbehandling i en öppenvårdsmottagning inom socialtjänsten, socionom som arbetar med samtalsbehandling i en öppenvårdsmottagning inom socialtjänsten,

socialsekreterare som arbetar på ett socialkontor med öppenvård, läkare som arbetar med alkoholfrågor, socionom som arbetar på en beroendemottagning inom hälso- och sjukvården och sjuksköterska som arbetar på en beroendemottagning inom hälso- och sjukvården.

Avgränsningar

En av de avgränsningar vi valt att göra i vår undersökning är att endast inrikta oss på klienter/patienter med alkoholproblem. Denna avgränsning har vi gjort för att undersökningen annars hade blivit för bred om även narkotikaproblematik tagits med. Vi har koncentrerat oss till hälso- och sjukvården och socialtjänstens missbruksmottagningar. Vi är medvetna om att det finns andra vägar till behandling än genom socialtjänsten och hälso- och sjukvården men anser att dessa verksamheter är intressanta då vår förförståelse är att de arbetar olika samt att tidigare forskning visar att de arbetar med olika klient-/patientgrupper. Vi tyckte att det var lämpligast att belysa skillnaderna mellan dessa verksamheter genom behandlarens perspektiv.

Resultatens tillförlitlighet

Enligt (Trost, 1993, 1997) utgör trovärdighet ett av de största problemen med kvalitativa studier och således kvalitativa intervjuer. Undersökningen måste bygga på att data och analyser är trovärdiga för den aktuella problemställningen. Halvorsen (1992) översätter begreppet validitet med giltighet och relevans. Han menar att utmaningen är att samla in data som är relevanta för den problemställning man arbetar med. Frågan ska vara avsedd att mäta det den är avsedd att mäta (a.a.). Vid kvalitativa intervjuer strävar man vanligen efter just att komma åt, att få veta vad den intervjuade menar med eller hur han eller hon uppfattar ett ord eller en företeelse (Trost, 1993, 1997).

Den standardiserade intervjun förutsätter en låg grad av standardisering till skillnad från kvantitativa studier som bygger på att man mäter och anger värden på variabler på varje enhet. Det som kallas slumpinflytelser är sådant som exempelvis felsägningar eller missuppfattningar som kan vara delar av den information man

kanske använder sig av vid analysen. Det är därför svårt att tala om reliabilitet vid kvalitativa intervjuer eftersom samma intervju med en person kan skilja sig från en gång till annan. Detta för att människor gör nya erfarenheter och möter nya situationer, vår föreställningsvärld förändras successivt vilket innebär att bakgrunden för ett svar på en fråga hela tiden förändras (Trost, 1993, 1997).

Repstad (1999) skriver att forskningseffekter i vissa fall kan få genomslag i forskningsresultaten. Exempel på sådana forskningseffekter är ledande frågor vilket kan få effekter på forskningsresultatens tillförlitlighet (a.a.). Vi har i största möjliga mån försökt undvika att ställa ledande frågor men detta kan naturligtvis ha inträffat vid något tillfälle eftersom vi upplevt att det stundtals varit svårt då vi är helt oerfarna inom forskningsområdet. Detta i sin tur kan ha påverkat reliabiliteten något. En del av våra respondenter har själva pratat en hel del kring ämnet innan vi har ställt en fråga. Detta upplever vi har påverkat tillförlitligheten på ett positivt sätt eftersom vi inte har kunnat påverka dem genom att ge oss ett svar som de tror att vi varit ute efter. Det finns en risk med att vi inte alltid ställt följdfrågor och bett respondenten utveckla sina begrepp, detta kan ha gjort att vi inte har fördjupat oss i varje fråga tillräckligt vilket också beror på att vi saknar erfarenhet.

Vi är medvetna om att resultatet hade kunnat se annorlunda ut i andra kommuner vid liknande verksamheter. Vårt material kan inte säga hur det ser ut i det stora hela eftersom vi endast har undersökt en liten del av verksamheterna. De vi har undersökt har även olika behandlingsformer vilket gör att resultatet hade kunnat se annorlunda ut om vi valt andra mottagningar.

Analysmetod

Vår empiridel består av sex intervjuer. Intervjuerna har vi valt att transkribera. Vi har sedan gjort en uppdelning där vi sorterat svaren i ämnesområden från varje respondent för att lättare kunna hitta de svar som motsvarar vårt syfte. I vår empiridel har vi även använt oss av citat från våra respondenter. Dessa citat har försiktigt redigerats för att det ska vara så lättläst som möjligt. Innan intervjuerna gjordes skissade vi en del på teorier och vilken tidigare forskning som gjorts inom

området. Under hela uppsatsarbetet har vi arbetat med att hitta teorier och forskning som kan användas till att analysera vårt intervjumaterial.

Datakällor och källkritik

Enligt Halvorsen (1992) brukar man skilja mellan två typer av data, dessa är primärdata och sekundärdata. Primärdata är nya data som forskaren själv samlar in genom att använda sig av en eller flera datainsamlingsmetoder. Sekundärdata är exempelvis tidningsartiklar, riksdagsdebatter, privata brev och forskningsdata (a.a.). Vi har använt oss av primärdata i form av våra egna intervjuer och sekundärdata i form av tidigare forskning.

I vissa delar av vårt arbete har vi använt oss av ett fåtal källor vid en längre text, detta för att vi ansett det nödvändigt för att belysa ett ämne i sin helhet och få ett sammanhang i texten. Vi har undvikit material från små okända webbplatser eftersom vi inte vet om dessa är byggda på vetenskaplighet. De källor från Internet som vi har valt att använda oss av är utgivna av Centralförbundet för alkohol- och narkotika upplysning samt National Encyklopedin vilka vi ser som seriösa utgivare.

Etiska överväganden

Enligt Repstad (1999) finns det några etikregler som vi anser är viktiga och som vi anpassat oss efter. Dessa är information, konfidentialitet och nyttjande. Repstad påpekar även att det är viktigt att de som befinner sig i en beroendeställning ger sitt samtycke till observationer eller intervjuer (a.a.). Vi har därför informerat de personer som är med i vår undersökning om syftet och att det är frivilligt att medverka. Våra intervjupersoner har blivit upplysta om att all insamlingsdata kommer att behandlas med största möjliga konfidentialitet och förvaras på ett betryggande sätt. Vi har även informerat intervjupersonerna om att alla uppgifter som vi samlar in endast ska användas för vårt ändamål och att dessa sedan kommer att raderas. Vi har avidentifierat alla intervjupersoner så att det inte på något sätt går att urskilja vem som har sagt vad. De verksamheter som har ställt upp i vår undersökning kommer vi inte heller att nämna då vi vill anstränga oss så långt det är

möjligt att bevara anonymiteten. Vi har därför valt att inte nämna vid vilka kommuner våra respondenter arbetar.

Begreppsförklaringar

Patient - betyder enligt National Encyklopedin (2007) en person som på grund av sjukdom eller jämförbart tillstånd har kontakt med hälso- och sjukvården i avsikt i att få någon form av råd, behandling eller omvårdnad (a.a.).

Klient - betyder enligt National Encyklopedin (2007) en person med en relation som kund, patient, rättssökande eller på annat sätt hjälpberoende ofta till en fackman (a.a.).

Missbruk – betyder enligt National Encyklopedin (2007) okontrollerad eller överdriven användning av något, vanligen alkohol, narkotika eller andra substanser med euforiserande effekter (a.a.).

Beroende – betyder enligt National Encyklopedin (2007) okontrollerbart begär efter njutnings- eller berusningsmedel (a.a.).

Vi kommer att använda begreppet patient när vi pratar om hälso- och sjukvården och begreppet klient när vi pratar om socialtjänsten. För att underlätta läsningen och förståelsen av vår uppsats har vi valt att inte lägga fokus på alkoholmissbruk eller alkoholberoende. Därför kommer vi att använda oss av begreppet alkoholproblem i vår resultatredovisning. Ordet alkoholproblem kommer att omfatta båda dessa begrepp.

Fortsatt framställning

Som avslutning till denna del återges en kort överblick över kommande delar. I kapitel 3 kommer vi presentera den teori vi valt att använda, efter det kommer avsnittet tidigare forskning. Därefter följer kapitel 4 med resultatredovisning och analys som är uppdelad efter två ämnesområden. Till sist kommer kapitel 5 med sammanfattande slutsatser och avslutande diskussion.

KAPITEL 3

Teori

Socialkonstruktionism

Stevens (1998) menar att det socialkonstruktionistiska perspektivet går ut på att gränserna mellan individen och samhället är oklara och suddiga. Enligt författaren måste människor ses som en funktion av ständigt föränderliga mönster av sociala relationer och ett socialt vedertaget bruk. Vidare menar Stevens att vi är olika människor i olika miljöer beroende på vilka sociala relationer vi är del av i dessa situationer (a.a.). Enligt Payne (2002) konstruerar socialarbetare och klienter det sociala arbetet i den kontext som socialtjänsten utgör. Tillsammans kommer människor fram till gemensamma bilder av verkligheten genom att dela med sig kunskap och göra den objektiv. Sociala aktiviteter blir vanemässiga, och människor skapar därmed gemensamma teorier om hur saker och ting är (a.a.).

Giddens (2003) menar att socialt beteende till viss del styrs av faktorer som normer, roller och gemensamma erfarenheter. Individerna upplever världen på lite olika sätt utifrån sin bakgrund, sina intressen och sina mål i livet. Eftersom människor kan handla kreativt, formar de ständigt sin verklighet genom beslut och handling. Verkligheten är inte statisk eller fast utan formas genom människors samspel med varandra (a.a.).

Payne (2002) menar att socialt arbete alltid konstrueras på grundval av tre faktorer, socialarbetare, klient och kontext. Dessa tre konstrueras socialt genom beteendemönster, förväntningar och kulturella normer. Den process som startar när en klient kommer i kontakt med exempelvis en socialbyrå innebär att denne blir, agerar som och slutar vara en klient i det sociala arbetet. Vägen till klientskap börjar först då en person blir medveten om att något behöver åtgärdas i hans eller hennes liv, vilket ofta blir följden då detta upplevs som ett problem. Medvetenhet tillsammans med olika former av socialt tryck kan skapa en drivkraft som gör att man får hjälp. Medvetenhet om att social service finns tillgänglig leder till att klienten uppsöker eller skickas till exempelvis en socialbyrå, där kontakt med en

socialsekreterare kan inledas. Samhällets attityder till specifika människor, till exempel de som är alkoholberoende, kommer att bestämma om dessa uppfattas som relevanta för det sociala arbetet och därför kan bli klienter. De aktuella personerna studeras för att se om de kan definieras som klienter som passar för de tjänster som exempelvis socialtjänsten kan erbjuda. Den sökande behöver inte definieras som klient om exempelvis endast rådgivning erbjuds. Klientskap är delvis en fråga om uppfattning, på så vis att om andra uppfattar en person som klient kommer de också att bemöta personen i fråga som klient. Människors egen definition av sin status påverkar men bestämmer inte om de kommer att uppfattas som klienter eller inte av samhället. Formella beteckningar har också betydelse då en officiell kategorisering kan utlösa eller förstärka uppfattningar om klientskap. Sådana uppfattningar kan omfattas av exempelvis klienter, socialarbetare, klientens familj och andra människor i klientens omgivning. När en person väl blivit klient, stannar den beteckningen ofta kvar även efter att de sociala insatserna upphört. Vidare menar Payne att socialt arbete fungerar som en speciell aktivitet där människor samspelar med varandra i specifika roller som socialarbetare och klient. Rollerna kan på så sätt definiera det sociala arbetets natur (a.a.).

Vi har valt att använda den socialkonstruktionistiska teorin för att se om verksamheternas attityder till klienterna/patienterna avgör om personen uppfattas som relevant vid bedömning av vård. Vi har även använt teorin för att undersöka om olika sociala tryck skapar drivkraft till att söka hjälp.

Tidigare forskning

Socialtjänst

Socialtjänsten är en myndighet och deras arbete regleras av socialtjänstlagen. Enligt Leissner (1997) söker sig klienter/patienter i allmänhet frivilligt till en mottagning inom hälso- och sjukvården som arbetar med behandling av missbruk. Till socialkontoret är det dock mer ovanligt att man vänder sig frivilligt för att få hjälp med sitt missbruk. Oftast har man blivit uppmanad av exempelvis en annan vårdinstans att vända sig till socialkontoret för att få en ansökan om ekonomiskt bistånd till vård prövad. Vanligen tar socialkontoret initiativ till att erbjuda någon form av behandling för klienter med missbruk i samband med att dessa söker

ekonomiskt bistånd eller utifrån att en anmälan kommit till kontoret (a.a.). Hovellius och Persson (1995) skriver att socialtjänsten framför allt har kontakt med mer kända missbrukare och ansvarar för planering av frivilliga och tvångsmässiga åtgärder för denna grupp av missbrukare (a.a.). Enligt Andréasson (1995) når socialtjänstens missbruksvård en mycket selekterad och socialt utsatt grupp missbrukare och prognosen för denna grupp är troligen mycket dålig och svår att påverka med några behandlingsinsatser som resulterar i bestående drogfrihet. Insatserna blir enligt Andréasson möjligen i större utsträckning ännu mer inriktad mot skadereduktion och lindring av missbruket samt att bidra till att skapa bra livsmiljöer (a.a.).

Hälso- och sjukvård

Falk och Nilsson (1999) skriver att det från hälso- och sjukvårdens synpunkt är viktigt att se på samverkan mellan vården och socialtjänsten. Det är inte ovanligt att de patienter som söker sig till vården i verkligheten har problem som huvudsakligen är av social eller psykosocial natur. Vidare menar författarna att det finns en risk att dessa patienter fixeras vid kroppsliga symptom vilket de ofta söker för, och att de utsätts för onödig medikalisering, sjukskrivningar och onödigt lidande, om man inte inom sjukvården har kunskaper om hur man upptäcker och tar hand om dessa problem (a.a.). Patienter med alkoholöverkonsumtion söker enligt Persson (1995) ofta i tidigt skede till vården. Ofta är det svårt för läkare att klarlägga sambandet med alkoholöverkonsumtion med de symptom patienten söker vård för. Ju tidigare i alkoholkarriären en patient befinner sig, desto mer ospecifika besvär och svårdiagnostiserat är det, samtidigt som behandlingen ofta är mer effektiv i tidigt skede (a.a.). I samband med att människor söker hjälp inom vården och socialvård för andra medicinska eller sociala problem gäller det att kunna bedöma om alkoholen är en betydelsefull faktor för situationen. Man ska kunna ge råd och i svårare fall hänvisa till den specialiserade alkoholvården för bedömning och eventuell behandling av alkoholproblem (CUS, 2000). Enligt Ågren (2000) är endast en del av de patienter med alkoholproblem som har kontakt med sjukvården kända hos socialtjänsten på grund av missbruksproblematik. Vidare menar Ågren att den sociala situationen ofta är bättre bland missbrukare som har kontakt med sjukvården. Bland de missbrukare som kommer i kontakt med socialtjänsten finns det ofta en stor social problematik medan sjukvårdens patienter ofta består av en

välintegrerad grupp där medicinska komplikationer är en viktig orsak till kontakten. Ågren menar att socialtjänsten och sjukvården arbetar med olikartade grupper av missbrukare (a.a.).

Behandling

Enligt CUS (2000), expertgrupp för missbruksvård, kommer personer med alkoholproblem i kontakt med socialtjänst, vård och behandling på två nivåer, dels i de sammanhang där identifiering kan vara aktuell, dels då bedömning för val av behandling ska göras. För personer med mindre utvecklade alkoholproblem och goda psykiska och sociala resurser sker en förändring av alkoholvanorna ofta som en medveten anpassning till förändrade levnadsvillkor eller krav från den närmsta omgivningen. För personer med svårare alkoholproblem och med en mer utsatt social situation är lösningen ofta mer förknippad med mer omfattande förändringar av livsstil och värderingar (a.a.). Enligt Andréasson (1995) uppfattar de allra flesta människor det som helt naturligt att sjukvårdens personal försöker påverka sina patienters inställning till alkoholen. Andréasson menar också att människor är mer benägna att ta till sig information som kommer från läkare och sjuksköterskor eller på annat sätt förmedlas från dem som har ansvaret för sjukvården och insikt i alkoholens skadeverkningar (a.a.).

Prevention

Primärprevention

Primär prevention innebär åtgärder för att förhindra att hälsoproblem uppkommer, och syftar därför framförallt till att begränsa medelkonsumtionen av alkohol (Andréasson, 1995). Primärprevention vänder sig till hela befolkningen. Alkoholpolitiken är ett exempel på primärpreventiva insatser (Göransson, 1997). Hög konsumtion av alkohol innebär hälsorisker, men är inte alltid ett tillstånd som motiverar åtgärder enligt socialtjänstens lagar eller sjukvårdens definition av tillståndet (Berglund, 2000).

Sekundärprevention

Vid sekundär prevention av alkoholproblem gäller det att tidigt upptäcka och behandla individer med hög konsumtion av alkohol för att bromsa utvecklingen av beroende. Flera studier visar att åtgärder vid ett eller flera besök ofta är tillräckligt för att patienter med tidiga alkoholproblem ska minska sin alkoholkonsumtion på ett avgörande sätt (Johansson & Wirbing, 2003). Enligt Johansson och Wirbing upplever många som arbetar inom vården och socialtjänsten känslor av frustration, osäkerhet och maktlöshet inför tanken att på allvar diskutera drogvanor med en klient/patient. Man kanske inte anser sig ha tid, kunskap eller intresse nog att verkligen kunna hjälpa klienten/patienten att ändra levnadsvanor, om det visar sig att han eller hon vill ha den hjälpen. Det är viktigt att veta vart man ska hänvisa klienten/patienten om man själv inte kan hjälpa till hela vägen (a.a.). Syftet med sekundärpreventiva insatser är att i ett så tidigt skede som möjligt identifiera begynnande alkoholproblem och erbjuda motåtgärder (Hibell, 1994).

Tertiärprevention

Tertiärprevention omfattar vård och behandling av missbrukare. Att erbjuda vård för missbrukare har preventiva effekter på flera sätt, exempelvis förebyggande arbete för anhöriga samtidigt som skador minskas för missbrukaren själv. Patienterna kan på så vis lära sig dricka kontrollerat eller mindre destruktivt (Leissner, 1997).

Sociala kategorier

Äldre missbrukare

Christensen (1997) delar in missbrukare i olika grupper, en av dessa består av äldre personer som ofta är diagnostiserade som kroniska alkoholmissbrukare. Oftast har de sociala, fysiska och psykiska skador av ett flerårigt missbruk. Dessa har under årens lopp genomgått ett flertal behandlingsinsatser och har under perioder varit nyktra men de fysiska och psykiska skadorna har varit av sådant slag att det har lett till svåra sociala följder. I denna grupp finns även personer som försökt att hantera sina psykiska symptom av ångest och depression med hjälp av alkohol (a.a.).

Socialt utslagna i arbetsför ålder

I gruppen finns män och kvinnor som på grund av sitt missbruk inte har förmåga att försörja sig utan är beroende av socialtjänsten eller av att begå kriminella handlingar för att klara sin vardag. För många av dessa har missbruket pågått i många år och behandlingsinsatser har varvats med arbete (Christensen, 1997).

Yngre missbrukare

Denna missbruksgrupp består av ungdomar som oftast haft en missbruksdebut i tidiga tonåren. En vanlig anledning till att de fortsatt sitt alkoholmissbruk är enligt Christensen (1997) att den första fyllan upplevts positivt och att det finns många problem att brottas med. Berusningen av alkohol gör att dessa kan fly undan vardagen (a.a.).

Socialt etablerade - dolda missbrukare

Christensen (1997) skriver att den största gruppen missbrukare är de som är beroende av alkohol och har en konsumtion som överstiger vad som kan betraktas som hälsosamt. Trots den höga konsumtionen av alkohol lyckas de behålla sin sociala ställning. I denna grupp finns mycket framgångsrika män och kvinnor i karriären men som på fritiden dricker oerhörda mängder vin och sprit. De kan till en början ha hög närvaro på arbetet men börjar efterhand vara borta från arbetet allt oftare. Beroendet är inte dolt för familjemedlemmarna eller de nära vännerna, däremot döljs de för dem som kommer i tillfällig kontakt med personen. De negativa följderna kan märkas exempelvis på arbetsplatsen, att ens partner hotar med att lämna missbrukaren eller att personen blir tagen för rattfylleri. Det finns en ganska stor grupp så kallade dolda missbrukare som söker för depression och ångest inom den psykiatriska vården, men som där inte uppfattas som missbrukare. Det är enligt Christensen svårt för en person som inte upplever sig ha problem att söka hjälp (a.a.).

Psykiskt störda missbrukare

Psykiskt störda missbrukare är en annan patientgrupp och där återfinns såväl utslagna missbrukare som socialt etablerade. Ett gemensamt drag är att nykterhet inte självklart upplevs som ett ökat välbefinnande hos dessa patienter. En samverkan mellan psykiatri, vården och socialtjänst framstår som oerhört betydelsefull för att denna grupp skall utvecklas positivt (Christensen, 1997).

Medicinskt krisrelaterat drickande

Åberg (1996) skriver att vid gruppindelning av människor finns det alltid en nyans av kränkning och att det innebär en förenkling och en nedvärdering att dela in människor i grupper. Åberg delar inte in personer i grupper efter egenskaper eftersom han menar att människor kan befinna sig i flera grupper samtidigt. Åberg delar istället in drickandet i medicineringsbeteenden. Dessa är till en del personrelaterade, till en del miljörelaterade och till en del situationsrelaterade. I denna uppsats kommer bara ett av Åbergs medicineringsbeteende att nämnas då denna passar bäst för analysen, detta är krisdrickandet. Individer kan hamna i ett krisdrickande om den sociala funktionen bromsas av något, en händelse eller plötslig insikt som man inte klarar. Vid sådana tillstånd finns risk att hamna i ett krisdrickande. Vanligtvis är en kris tidsbegränsad, men den period som krisen pågår kan variera efter omständigheterna och beroende på vilken beredskap som individen har för att möta kriser. Krisdrickande kan ha olika funktion i olika kriser och hos olika människor, beroende på uppfostran, kultur, förväntningar och erfarenheter. För vissa har den lugnande effekten hos alkoholen stor betydelse, andra utnyttjar chansen att för en stund lämna den hårda verkligheten genom att bli djupt berusad då den sociala situationen möjliggör detta (a.a.).

KAPITEL 4

Resultatredovisning och analys

Vi kommer att under detta avsnitt redogöra för våra intervjuer med den personal vi kommit i kontakt med inom socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården. Vi har

delat in vårt intervjumaterial i två olika områden och kommer att varva empiri med analys under vardera rubriken. Empirin kopplas till tidigare forskning och teori. Vi kommer att lyfta fram citat som kan illustrera det sagda.

Våra intervjupersoner är:

- Socialpedagog som arbetar med tolvstegsbehandling i en öppenvårdsmottagning inom socialtjänsten.
- Socionom som arbetar med samtalsbehandling i en öppenvårdsmottagning inom socialtjänsten.
- Socialsekreterare som arbetar på ett socialkontor med öppenvård inom socialtjänsten.
- Läkare som arbetar med alkoholfrågor inom hälso- och sjukvården.
- Socionom som arbetar på en beroendemottagning inom hälso- och sjukvården.
- Sjuksköterska som arbetar på en beroendemottagning inom hälso- och sjukvården.

I texten kommer vi att använda ovanstående benämningar på intervjupersonerna när vi förklarar vem som har sagt vad. Förkortningen HSL kommer att användas efter benämningarna vid respondenter från hälso- och sjukvården och SOL vid benämningarna av respondenter från socialtjänsten.

Klientens/patientens möte och fortsatta kontakt med organisationen

Samtliga respondenter från hälso- och sjukvården samt socialtjänsten berättade att personer med alkoholproblem ofta själv tar kontakt med verksamheten. Gemensamt för de båda verksamheterna är även att kontakten ibland tas av anhöriga, men kontakten kan även bero på att den aktuella personen har blivit tagen för rattonykterhet eller att arbetsgivaren börjat ställa krav. De patienter som har blivit mer eller mindre påtvingade vården av exempelvis anhöriga beslutar sig ofta efterhand när de inser att problemet finns att gå med på behandling frivilligt. Samtliga respondenter underströk att klientens/patientens fortsatta kontakt bygger på frivillighet oavsett hur denne kommit i kontakt med verksamheten. Inom socialtjänsten nämnde de dock att frivillighet ibland kan sätta inom citationstecken,

vilket innebär att exempelvis vid ekonomiskt bistånd kan kravet finnas att göra något åt sitt alkoholproblem.

Läkare i alkoholfrågor HSL berättade att huvuddelen av patienterna ringer och beställer tid själv men att anhöriga även tar kontakten. Följande citat illustrerar detta faktum:

”De flesta som kommer söker ju sig hit själva, ibland är det anhöriga som ringer. I det här sammanhanget när det handlar om alkohol så accepterar jag ibland att det är hustrun som ringer och beställer tiden, men sen måste ju vederbörande själv nappa på det och vilja fortsätta. Jag försöker alltid fråga då hustrun ringer att kan inte din man ringa själv. Men huvuddelen ringer ju och beställer själv”.

En annan orsak till att en person med alkoholproblem kommer kontakt med socialtjänsten är enligt socialsekreterare öppenvård SOL och socialpedagog öppenvård SOL att de får in ärenden från andra kollegor som exempelvis avdelningen för ekonomiskt bistånd eller avdelningen för barn och familj. I de fall missbruksenheten får in ärenden från avdelningen för barn och familj, framkommer det emellanåt att någon av föräldrarna har problem med alkohol. Socialsekreterare öppenvård SOL berättade att de även får in ärenden angående LOB (Lagen om omhändertagande av berusad). Socionom samtalsbehandling SOL berättade att den första kontakten ibland beror på att klienten har skyddstillsyn med föreskrifter vilket kan innebära att ha kontakt med alkoholmottagningen.

Socialsekreterare öppenvård SOL berättade att den första kontakten för en person med alkoholproblem ofta är svår att ta och menar att det kan vara förnuftigt att ha inställningen att socialkontoret inte är en myndighet man ska vända sig till i första hand. Denna menar dock att klienten oftast efter ett antal samtalstillfällen upplever den fortsatta kontakten som positiv. Denna uttryckte sig:

”Det är säkert ingen höjdare och jag tror det vore konstigt om folk tyckte det vore roligt att gå till det sociala. Jag tycker det är sunt att man tycker att ”soc” är liksom inget man i första hand ska gå till [...] först tror jag nog man är ”soc-tant”. De kräver ju ibland från ekonomi att de ska gå till oss för att få sina pengar och när de väl kommer hit blir det till 99 % väldigt bra kontakt”.

Samtliga intervjupersoner oavsett vilken verksamhet de arbetar inom berättade att det för en person med alkoholproblem upplevs genant att ta första steget till att söka kontakt. Socionom samtalsbehandling SOL uttryckte att det är viktigt att personen känner att denne blir tagen på allvar och att det är ett stort steg att söka hjälp. Samtliga respondenter inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården anser att bemötandet har en viktig roll och bygger på att personalen inte moraliserar den hjälpsökandes situation. Läkare i alkoholfrågor HSL anser att det är viktigt att försöka undvika alla auktoritära ställningstaganden och låta patienten sätta upp sina egna mål.

I intervjuerna framkom även att det kan vara svårt för klienten/patienten att söka hjälp. Läkare i alkoholfrågor HSL betonar att det borde vara lättare att söka hjälp eftersom det är krångligt i nuläget. Läkare i alkoholfrågor HSL uttrycker ”En del av arbetet skulle ju kunna skötas i den bästa av världar, man skulle kunna ta upp det med sin läkare, någon som man skulle kunna prata med om sina alkoholvanor och få råd och så”. Samma uppfattning har även en socionom samtalsbehandling SOL vars erfarenhet är att läkare i allmänhet brukar fråga om tobaks-, mat- och motionsvanor men att alkoholvanor av någon anledning utlämnas. Läkare i alkoholfrågor HSL menar även att det finns för få läkare som arbetar med behandling av alkoholproblematik och att socialtjänsten inte alltid har en läkare knuten till sig vilket vore bra för klienten

Till samtliga verksamheter vi undersökt är det möjligt för alla oavsett social bakgrund med alkoholproblem att vända sig, dock händer det i vissa fall att respondenterna upplever att de inte kan hjälpa till. Anledningen är då oftast att de inte anser sig ha den kapacitet och kunskap som krävs för att hjälpa den enskilde.

Sådana ärenden är vanliga då klienten har behov av exempelvis avgiftning eller vid svårare psykiatriska sjukdomstecken. Klienten/patienten får då hjälp att komma i kontakt med en annan vårdgivare som exempelvis psykiatrin eller en avgiftningsavdelning, där vården är mer anpassad efter klientens/patientens tillstånd.

Analys

Enligt Leissner (1997) är det ovanligt att man vänder sig till socialkontoret frivilligt för hjälp med alkoholproblem, utan att man istället blivit uppmanad att vända sig dit av annan vårdinstans för att exempelvis få en ansökan om ekonomiskt bistånd prövad. I vår undersökning har det visat sig att det inte är ovanligt, oavsett om det varit socialtjänst eller hälso- och sjukvård, att klienten/patienten vänt sig dit själv för att söka hjälp. Samtliga respondenter menar att det är vanligt att klienter själv tar kontakt med verksamheten för att få hjälp med sitt missbruk. Leissner menar också att det är vanligt att socialtjänsten erbjuder någon form av behandling i samband med ansökan om ekonomiskt bistånd eller utifrån att det kommit in en anmälan från annan myndighet. Det sistnämnda överensstämmer med vår undersökning med tanke på att det även är vanligt förkommande att klienter kommer i kontakt med socialtjänstens missbruksvård, vid de fall då missbruksenheterna blir kontaktade av andra myndigheter eller kollegor. En del av kontakten med klienten uppstår då denne söker ekonomiskt bistånd eller vid utredningsärenden från andra avdelningar som barn- och familj. Därför kan vi säga att ovanstående nämnda forskning av Leissner endast delvis stämmer med de svar vi har fått in under våra intervjuer gällande den första klientkontakten.

Enligt Andréasson (1995) uppfattar de allra flesta det som naturligt att sjukvårdspersonal försöker påverka patienters inställning till alkohol. Han menar också att människor är mer benägna att ta till sig information från läkare och sjuksköterskor som har insikt i alkoholens skadeverkningar. Enligt respondenterna saknades en dialog om alkoholvanor mellan läkare och patient då sjukvården inte tar upp denna problematik. Vi anser oss inte kunna göra någon jämförelse mellan Andréassons ovannämnda forskning med det material vi fått av våra respondenter, då dessa anser att den dialog som Andréasson nämner saknas. Respondenterna

menar att man borde kunna ta upp alkoholvanor med sin läkare, att problemet då skulle kunna behandlas i ett tidigare skede. Enligt Johansson och Wirbing (2003) kan bristen på kunskap och osäkerhet göra att personalen inte vågar fråga om alkoholvanor. Detta överensstämmer med respondenternas erfarenhet av att läkare undviker att ställa frågor om alkoholvanor.

Hibell (1994) menar att syftet med sekundärpreventiva insatser är att identifiera alkoholproblem och bromsa utveckling av ett alkoholberoende. Respondenterna berättade att sekundärpreventiva insatser till viss del saknas eftersom det finns en svårighet från läkarnas och patienternas sida att våga ta upp frågan om alkoholvanor. Johansson och Wirbing (2003) menar att ett eller flera besök ofta är tillräckligt för att patienter med tidiga alkoholproblem ska minska sin alkoholkonsumtion vilket våra respondenter upplever som en brist som orsakas av osäkerhet från båda parter.

Payne (2002) menar att man först blir klient då man inser sitt problem, att medvetenheten tillsammans med olika sociala tryck skapar drivkraften till att få hjälp. Han menar vidare att vetskapen om att social service finns tillgänglig gör att man uppsöker eller skickas till socialkontoret för att inleda kontakt med en socialsekreterare. Paynes resonemang stämmer väl överens med vår undersökning som visar att klienter/patienter genom social påtryckning från omgivningen ofta själv efterhand som de blir medvetna om sina problem fortsätter av egen vilja.

Christensen (1997) menar att den socialt etablerade – dolda missbrukaren ofta inte uppfattar sig själv som missbrukare och att menar att det för denne är svårt att söka hjälp. Samtliga respondenter berättade att det är svårt för alla personer med alkoholproblem att söka hjälp oavsett vilken social bakgrund eller vilken verksamhet de kommer i kontakt med. Vi kan däremot se att personer i likhet med Christensens forskning ofta kommer i kontakt med verksamheten då arbetsgivaren börjat ställa krav eller efter att ha blivit tagen för rattonykterhet.

Den hjälpsökandes sociala bakgrund och dess betydelse för bedömning av vård

Respondenterna i samtliga verksamheter berättade att de har en spridning på klienter/patienter med alkoholproblem när det gäller social bakgrund. Verksamheter inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvården nämnde att de har patienter/klienter allt från den hemlösa till den väletablerade. Verksamheterna där läkare i alkoholfrågor HSL och socionom samtalsbehandling SOL arbetar har dock inte alls någon kontakt med de hemlösa. Samtliga verksamheter kunde trots en spridning på klienters/patienters sociala bakgrund ändå beskriva en grupp klienter/patienter som är mer förekommande. Läkare i alkoholfrågor HSL förmodar att socialtjänsten i större utsträckning har kontakt med personer med allvarliga sociala komplikationer. Han menar vidare att socialtjänsten har sitt slutliga behandlingsansvar och att det därför är många personer med alkoholproblem som hamnar där i slutändan.

De respondenter vi intervjuade som är verksamma inom socialtjänsten berättade att bakgrunden hos klienter med alkoholproblem är blandad. Socialsekreterare öppenvård SOL nämnde att klientgruppen dennes verksamhet både består av ”tung” alkoholmissbrukare med många års missbruk bakom sig och klienter som respondenten uttryckte det ”lever vanliga liv”. De sistnämnda klienterna är enligt respondenten inne i samhället, har familj, arbete och det sociala omkring sig. Socialpedagog tolvstegsprogram SOL berättade att de har en jämn fördelning mellan klienter då det gäller den sociala bakgrunden medan socionom samtalsbehandling SOL beskrev den typiska klienten som en ”etablerad Svensson”. Den sistnämnda verksamheten är den enda som har en ganska tydlig målgrupp. Verksamhetens klienter är oftast mellan 35-55 år men det finns även de som är yngre. Målgruppen för den sistnämnda verksamheten är de patienter som är i ett tidigt skede av sin alkoholanvändning, som har sitt sociala skyddsnät kvar och som inte har ”tappat fotfästet” eller sitter på ”parkbänken”. Verksamheten kommer även till viss del i kontakt med personer som ligger utanför målgruppen.

Läkare i alkoholfrågor HSL nämnde att flera av patienterna dennes verksamhet är småföretagare med ett medelsvårt alkoholberoende. Respondenten gav uttryck för de svårigheter dessa har eftersom det sällan är någon som bryr sig om småföretagarens svåra och ofta ensamma arbetssituation. Denna menar att småföretagarna har långa dagar och veckor och knappt någon semester. Många i denna patientgrupp skulle inte kunna tänka sig vara borta på behandlingshem en längre tid eftersom det är svårt att lämna företaget. Respondenten beskriver situationen så här ”Det är klart att det ligger nära till hands, det här med att ta en stadig whiskey när man kommer hem och den kan ju bli större och större och så småningom kan det kanske bli så att man åker på ett rattfylleri”. Socionom beroendemottagning HSL nämnde att den största gruppen av patienterna är de som ligger mitt emellan dem som är riktigt utslagna och de som är mer väletablerade men att alla grupper finns representerade hos dem.

Gemensamt för synen på alkoholproblem är enligt samtliga respondenter att klienten/patienten fortsätter att dricka trots negativa konsekvenser. Socionom beroendemottagning HSL beskrev att alkohol är en smygande drog och att det därför kan ta många år för en person att inse att man har ett fysiskt beroende. Samtliga respondenter från hälso- och sjukvården använder vid bedömning av alkoholproblem mätinstrument, som olika frågeformulär. Socialpedagog tolvstegsprogram SOL och socialsekreterare öppenvård SOL ser alkoholproblem mer till sin omfattning och på hur drickandet ser ut. Dessa menar att när en person dricker på ett destruktivt sätt och fortsätter trots att det får negativa konsekvenser, kan detta tyda på ett missbruk. De verksamma inom socialtjänsten beskrev att de arbetar mycket med samtalskontakt som går ut på att klienten ska erkänna sitt problem för sig själv. Läkare i alkoholfrågor HSL menar att alkoholproblem är ett klasslöst begrepp och att ha alkoholproblem inte innebär att man är ”a-lagare”. Vidare menar denna att alkoholproblem finns i alla samhällsgrupperingar och att det därför finns fördelar att använda ett sjukdomsbegrepp för denna problematik och på så vis komma ifrån det moraliserade synsättet.

Under intervjuerna med båda verksamhetsområdena framkom det att det finns klienter/patienter som verksamheterna kommer i kontakt med som inte har ett

missbruk men som hamnat i en krissituation och börjat dricka alkohol i större mängder. En sådan kris kan vara av tillfällig art och utlösas av olika orsaker i livet. Vid dessa kontakter behövs som regel endast ett fåtal samtal och rådgivning, eller att klienten/klienten tar kontakt med psykiatrin. Läkare i alkoholfrågor HSL beskrev även att drickandet kan vara relaterat till stark stress på arbetet och i familjen, alkoholen kan då fungera stresslösande. Alkoholen kan även dämpa olika ångestsymptom vilket i sin tur kan ge upphov till alkoholproblem.

Hälso- och sjukvårdens respondenter berättade att personer med alkoholproblem även kan ha psykiska problem som exempelvis depressioner och lättare psykiska störningar. Läkare i alkoholfrågor HSL berättade att det inte är ovanligt att personer med depressioner, söker sig till sjukvården. I vissa fall är depressioner sekundära till alkoholen. Denne menar att om man dricker för mycket kan man bli diffus och dyster vilket kan uppfattas som en depression. Ibland försvinner symptomen på depression efter en månads sanering av alkoholen. För vissa patienter kvarstår depressionen och då kan medicinering med antidepressiv medicin bli aktuell. Vid dessa fall kan depressionen ha varit en orsak till att man börjat dricka.

Respondenten menar vidare att människor är ganska välorienterade vid sökandet efter vård. Vid många av de fall personer önskar mediciner för behandling av alkoholproblemet, vet de var de ska vända sig.

Samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänsten beskrev att de arbetar med ett flertal olika klient-/patientkategorier och att den sociala bakgrunden inte har en avgörande betydelse för bedömning av missbruksvård. Enligt socialpedagog tolvstegsprogram SOL spelar inte den sociala bakgrunden någon roll vid bedömning av vård då denne menar att alkoholism är klassat som en sjukdom och kan drabba vem som helst i likhet med andra sjukdomar. Socialsekreterare öppenvård SOL berättade att de kommer i kontakt med klienter med olikartad social bakgrund, det kan vara allt ifrån dem som stått utanför samhället länge som har en längre väg tillbaka, till dem som har arbete och familj kvar. I det senare fallet kan det ibland räcka med en kortare behandling. Respondentens förhoppning och förväntning är att alla klienter bedöms lika. Denna uttryckte sig på följande sätt på vår fråga om den sociala bakgrundens betydelse för bedömning av vård:

” Jag tror och hoppas inte att vi bedömer det som mindre eller mer viktigt något av det. Man ska lära känna dom och se vad som behövs här. Räcker det med stödet vi kan ge dem här, eller är det något helt annat? Då gör vi samma utredning, på vem det än är”.

Sjuksköterska beroendemottagning HSL och socionom beroendemottagning HSL berättade att de vänder sig till alla kategorier i samhället som har alkoholproblem men att det för hemlösa kan vara svårt att tillgodogöra sig den vård som bedrivs. För att vidare beskriva den sociala bakgrundens betydelse för bedömning av vård uttryckte socionom beroendemottagning HSL sig så här ”Ska man prata om socialgrupp ett, två, tre och fyra så har vi alla”.

I de fall då en verksamhet bedömer att en person inte kan erbjudas vård handlar det oftast om svårare besvär. Socionom tolvstegsprogram SOL och läkare i alkoholfrågor HSL nämnde att patienter som även har psykiatriska sjukdomar utöver alkoholproblemet ibland kan vara för tidskrävande, vilket gör att de inte kan ta emot dessa klienter/patienter. En svårighet kan också vara då klienten/patienten har fått svåra medicinska skador av alkoholen, vilket gör att de hänvisar eller kontaktar specialistvården. De verksamma vi intervjuade från socialtjänsten nämnde att klienter med psykiska problem oftare får bättre vård inom hälso- och sjukvården. Detta kan exempelvis vara då klienten behöver behandlas med psykofarmaka så som exempelvis antidepressiv medicin.

Samtliga respondenter uttryckte att de kan från de olika verksamheterna skicka klienter/patienter emellan sig då de anser att de får bättre vård på en annan behandlingsenhet. I de fall då den aktuella verksamheten inte räcker till för klienten/patienten eller då det finns andra bakomliggande faktorer som exempelvis svåra psykiatriska sjukdomar som gör att verksamheten inte har kapacitet för att hjälpa den sökande, kan de skicka vidare klienter/patienter till en annan verksamhet där vården är mer anpassad för den enskildes behov.

Analys

Payne (2002) menar att attityder till specifika människor avgör om personen uppfattas som relevant för det sociala arbetet. Av undersökningen framkom att det inte är verksamheternas attityder till klienterna/patienterna som avgör om personen uppfattas som relevant i bedömning av vård. I de fall då klienterna/patienterna inte bedöms som relevanta för den egna verksamheten beror detta på att de inte har kapacitet att hjälpa den enskilde. Paynes resonemang om attityders betydelse kan förmodligen stämma i det stora hela men enligt respondenterna i vår undersökning är alla med alkoholproblem relevanta för behandling förutsatt att personen själv vill.

Christensen (1997) delar upp personer med alkoholproblem i olika grupperingar som exempelvis äldre missbrukare, socialt utslagna i arbetsför ålder, yngre missbrukare, socialt etablerade dolda missbrukare och psykiskt störda missbrukare. I vår undersökning talade respondenterna om olika sociala missbrukskategorier, men benämner dem inte vid de grupperingar som Christensen valt att använda. I stället används uttryck som socialgrupp ett, två, tre och fyra. En del av respondenterna formulerade en del av klienterna/patienterna som ”tunga” missbrukare eller ”väletablerade i samhället”. Vi kan se att respondenterna i likhet med Christensen talar om utmärkande grupper men att dessa benämns på ett annat sätt.

Andréasson (1995) beskriver att socialtjänstens missbruksvård når en selekterad och socialt utsatt grupp missbrukare. Detta strider delvis mot vår undersökning som visade att socialtjänsten ofta kommer i kontakt med grupper allt från den hemlösa till den väletablerade i samhället. Falk och Nilsson (1999) menar att det inte är ovanligt att patienter med alkoholproblem som söker sig till sjukvården i verkligheten har problem som huvudsakligen är av social eller psykosocial natur. Vi kan i vår undersökning se att patienter med alkoholproblem och olika psykiska tillstånd oftare söker sig till hälso- och sjukvården. Enligt en av respondenterna visade det sig vanligt att personer oftare kommer i kontakt med sjukvården vid exempelvis depressioner vilket stämmer väl överens med ovanstående nämnda forskning.

Ågren (2000) menar att den sociala situationen ofta är bättre bland missbrukare som har kontakt med sjukvården och att patienterna ofta består av en välintegrerad grupp där medicinska komplikationer är en viktig orsak till kontakten. Enligt läkare i alkoholfrågor HSL är flera patienter i den verksamhet denne arbetar småföretagare vars alkoholöverkonsumtion ofta beror på en önskan att varva ner ifrån en stressfylld tillvaro. Många av dessa patienter kommer enligt respondenten i kontakt med alkoholmottagningen i samband med att ha blivit tagen för rattonykterhet. Kontakten med verksamheten kan dock bero på ett flertal orsaker. Enligt respondenterna sjuksköterska beroendemottagning HSL och socionom beroendemottagning HSL består deras patientgrupp av personer med olikartad social bakgrund, vilket kan vara allt ifrån den hemlöse till den välintegrerade i samhället. Vi kan till viss del se att Ågrens ovannämnda forskning stämmer med läkare i alkoholfrågor HSL erfarenhet. Samtidigt kan vi se att den delvis strider mot sjuksköterska beroendemottagningen HSL och socionom beroendemottagning HSL upplevelser av patientgrupper.

Enligt Persson (1995) är det ofta svårt för en läkare att klarlägga sambandet med alkoholöverkonsumtion med de symptom patienten söker för. Enligt läkare i alkoholfrågor HSL kan en person som dricker för mycket lätt bli diffus och dyster vilket kan uppfattas som en depression. Denne menar att symptomen på depression ibland försvinner efter en månads sanering av alkoholen men att en depression eller ett ångesttillstånd också kan medföra att man börjar dricka. Respondenten menar att det kan vara svårt att se sambandet med depressionen och avgöra vad ångesten eller depressionen beror på. I vissa fall hjälper inte sanering av alkohol och då behövs eventuellt medicinering mot symptomen. Detta stämmer väl överens med Perssons forskning.

Ett av de beteenden Åberg (1996) nämner är krisdrickande som innebär att den sociala funktionen bromsas av något, en händelse eller plötslig insikt som man inte klarar av. Beteendet är enligt Åberg vanligtvis tidsbegränsat och fyller olika funktioner som den lugnande effekten av alkohol eller att ta chansen att lämna verkligheten genom att berusa sig. Vi kan se att detta stämmer överens med vår undersökning när respondenter från båda verksamhetsområdena berättade att en del

av klienternas/patienternas överkonsumtion är av tillfälligt art som kan ha utlösts av stress, depression eller andra kriser.

KAPITEL 5

Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka vilka som blir aktuella för vård hos socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården och hur personal inom dessa verksamheter tänker om den sociala bakgrundens betydelse hos alkoholmissbrukare vid bedömning av vård. De centrala frågeställningarna var: Hur kommer klienter/patienter i kontakt med respektive verksamhet? Hur stor betydelse har den sociala bakgrunden i personalens bedömning av vård när det gäller alkoholproblem? Hur ser den sociala bakgrunden ut för de aktuella klienterna/patienterna hos respektive verksamhet? Vi har intervjuat totalt sex personer som arbetar med behandling av alkoholproblem från verksamhetsområdena socialtjänst samt hälso- och sjukvård.

Med utgångspunkt av våra frågeställningar har vi kunnat se att klienten/patienten själv oftast vänder sig till socialtjänsten eller hälso- och sjukvården för att få hjälp med sitt alkoholproblem. Klienten/patienten kommer även i kontakt med båda verksamheterna genom exempelvis anhöriga och arbetsgivare. Det förekommer även att klienter kommer i kontakt med socialtjänstens missbruksvård, genom rapporter eller anmälningar från andra myndigheter eller andra avdelningar inom socialtjänsten. Den fortsatta kontakten är alltid frivillig oavsett vem som tar den första kontakten med verksamheterna.

Samtliga verksamheter har en spridning på klienterna/patienterna när det gäller den sociala bakgrunden. Det visade sig dock att verksamheterna har grupper av klienter/patienter som är mer förekommande än andra. Till hälso- och sjukvården visade det sig mer vanligt att personer med alkoholproblem tillsammans med psykiska komplikationer vänder sig för att få behandling. Vår undersökning visade att klientgruppen inom socialtjänsten är blandad. Verksamheterna beskrev att de arbetar med de flesta klient-/patientkategorier och att den sociala bakgrunden inte

har en avgörande betydelse för bedömning av vård. Den bedömning vi kunde se att verksamheterna gjorde som kunde ha med den sociala bakgrunden att göra, var då respondenterna upplevde att de inte hade kapaciteten som krävs för att hjälpa den aktuella personen.

Det visade sig att socialtjänsten ofta kommer i kontakt med grupper allt från den hemlösa till den väletablerade i samhället vilket inte stämmer med det vi tagit del av från tidigare forskning. Detta kan naturligtvis bero på urvalet där våra respondenter från socialtjänsten har olika behandlingsinriktningar. En av verksamheterna har även en ganska tydlig målgrupp som de arbetar med, vilket kan ha bidragit till undersökningens resultat.

Enligt tidigare forskning visade det sig att patienter med alkoholproblem som söker sig till sjukvården har problem som huvudsakligen är av social eller psykosocial natur. Det visade sig att personer med alkoholproblem och psykiska problem oftare söker sig till hälso- och sjukvården. Detta fann vi överensstämma med tidigare forskning. En av verksamheterna inom hälso- och sjukvården visade sig ha kontakt med de flesta samhällskategorierna.

Slutdiskussion

Vår förförståelse var att de olika verksamheterna kommer i kontakt med vitt skilda personer med alkoholproblem när det gäller social bakgrund. Undersökningen visade att det finns skillnader men att dessa inte är så stora som vi hade trott från början. Det var till viss del förvånande att socialtjänstens klienter i större utsträckning än tidigare forskning visat är de som är etablerade i samhället. Resultaten hade kanske sett helt annorlunda ut om vi kommit i kontakt med andra verksamheter inom socialtjänsten samt hälso- och sjukvården. Vår undersökning visade att det är vanligast att klienter självmant söker hjälp hos socialtjänsten vid alkoholproblem vilket vi inte hade kunskap om tidigare. Vi kan inte helt se att det vi fått fram genom vår undersökning stämmer med våra egna tankar kring ämnet när vi gick in i undersökningen. Våra tankar kring hur det ser ut ute i verksamheterna har inte visat sig stämma helt överens med vårt intervjumaterial. Inte heller kan vi se att tidigare forskning kring ämnet stämmer helt överens med det material vi fått

in genom undersökningen. Tidigare forskning stämmer mer överens med våra egna tankar innan vår undersökning än med det material vi har fått in från våra intervjuer. En annan tanke vi hade innan uppsatsens början var att socialtjänsten oftare kommer i kontakt med missbrukare med svåra sociala komplikationer och som har ett långt missbruk bakom sig och en lång väg tillbaka. Vi trodde även att socialtjänsten i större utsträckning kommer i kontakt med missbrukare som behövs utredas för andra saker som exempelvis vid barnavårdsutredningar. Hälso- och sjukvården patienter trodde vi var de som även har andra medicinska problem, de som inte har kommit så långt in i sitt missbruk, och där vi tänkte att prognosen oftare är bättre.

Inom verksamheten görs inte någon bedömning där den sociala bakgrunden spelar någon större roll för fortsatt behandling. Vi kan se att skillnaderna bland klienternas/patienternas sociala bakgrund inom respektive verksamhet inte beror på att det gjorts någon bedömning av personernas sociala bakgrund utan att det mestadels beror på hur och var kontakten inletts, svårighetsgraden av missbruket samt medicinska och psykiatriska komplikationer. Vår uppfattning är att den sociala bakgrunden inte ska vara avgörande utan att det viktiga är att klienter/patienter får den vård de behöver, därför känns det lämpligt att man inte bedömer en viss klientgrupp med social bakgrund olika från andra, utan att man ser på den problematik som finns. Vi anser att det är bra att bedömningen görs efter den enskildes behov och att de vid de fall den aktuella verksamheten inte kan erbjuda den hjälp som behövs hänvisar personen rätt.

I vår undersökning framkom även andra intressanta forskningsområden. Vår förhoppning är att verksamheter i framtiden kan arbeta med alkoholfrågor på ett sådant sätt att det skulle vara mer naturligt att söka hjälp. Samtliga respondenter berättade att personer med alkoholproblem upplever skam- och skuld känslor vid kontakten med verksamheterna. Respondenterna menar att det därför är viktigt att ta den hjälpsökande på allvar och att bemötandet är oerhört viktigt. Det vore intressant att forska mer kring varför det upplevs genant att söka hjälp. Vad skulle samhället kunna göra för att den enskilde inte skulle uppleva känsla av skam och skuld vid kontakt med myndigheter? I vår undersökning fann vi att det var lika vanligt med

skam och skuld känslor oavsett social bakgrund eller vilken verksamhet de kom i kontakt med.

En annan fråga som vore intressant att forska mer kring är varför det upplevs så svårt att ta upp frågor om alkoholvanor från personal som kommer i kontakt med personer som har alkoholproblem. Detta anser vi är bekymmersamt. Kan det vara så att samhället faktiskt bidrar till att skapa skuld känslor genom att inte våga vara öppna med att prata om alkohol eller kan det vara så att personalens egna värderingar lyser igenom genom att inte våga fråga?

Då arbetet har varit begränsat både med tid och att vi inte fick ihop det antal intervjuer vi önskade, kan det självklart finnas brister i vår undersökning. Undersökningen kan omöjligt säga hur det ser ut i det stora hela men vi anser ändå att syftet med uppsatsen är uppfyllt. Undersökningen hade dock kanske blivit enklare att utföra om vi endast riktat in oss på en av verksamheterna. En förhoppning är att vår undersökning varit intresseväckande och leder till vidare studier i ämnet.

KÄLLFÖRTECKNING

Andréasson, Sven (1995) ”Primär prevention”. I Berglund, Mats & Rydberg, Ulf (red.) *Beroendelära*. Lund: Studentlitteratur.

Berglund, Mats (2000) ”Diagnostik av alkoholproblem”. I Berglund, Mats Andréasson, Sven, Bergmark, Anders, Blomqvist, Jan, Lindström, Lars, Oscarsson, Lars, Ågren, Gunnar & Öjehagen, Agneta: *Behandling av alkoholproblem En kunskapsöversikt*. Stockholm: Liber AB.

Christensen, Rita (1997) ”Grupper som berörs av missbruk”. I Leissner, Tom (red), *Alkohol Ett psykosocialt, beteende och samhällsvetenskapligt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

CUS (2000) ”Behandling av alkoholproblem – slutsatser och rekommendationer”. I Berglund, Mats Andréasson, Sven, Bergmark, Anders, Blomqvist, Jan, Lindström, Lars, Oscarsson, Lars, Ågren, Gunnar & Öjehagen, Agneta: *Behandling av alkoholproblem En kunskapsöversikt*. Stockholm: Liber AB.

Denscombe, Martyn (2000) *Forskningshandboken - för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Eliasson, Rosmari (1994) ”Metodvalet- en fråga om kön och moral?”. I Starrin, Bengt & Svensson, Per-Gunnar (red.) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Falk, Viking & Nilsson, Kerstin (1999) *Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige*. Lund: Studentlitteratur.

Giddens, Anthony (2003) *Sociologi*. Lund: Studentlitteratur.

Göransson, Birgitta (1997) ”Prevention – förebyggande insatser”. I Leissner, Tom (red.) *Alkohol – ett psykosocialt, beteende- och samhällsvetenskapligt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Halvorsen, Knut (1992) *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Hibell, Björn (1994) ”Prevention av alkoholskador”. I Carlsson, Gösta & Arvidsson, Ola (red) *Kampen för folkhälsan*. Stockholm: Natur och Kultur.

Holme, Idar Magne, Solvang, Bernt Krohn (1997) *Forskningsmetodik Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Hovellius, Birgitta & Persson, Stig (1995) ”Diagnostik och behandling av högkonsumenter och alkoholmissbrukare inom primärvården”. I Berglund, Mats & Rydberg, Ulf (red.) *Beroendelära*. Lund: Studentlitteratur.

Johansson, Katarina & Wirbing, Peter (2001) *Lev gott med eller utan alkohol En guide till bättre dryckesvanor*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Johansson, Katarina & Wirbing, Peter (2003) *Riskbruk och missbruk*. Stockholm: Natur och Kultur.

Leissner, Tom (red.) (1997) *Alkohol – ett psykosocialt, beteende- och samhällsvetenskapligt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Persson, Jesper (1995) ”Internmedicinska komplikationer”. I Berglund, Mats & Rydberg, Ulf (red.) *Beroendelära*. Lund: Studentlitteratur.

Payne, Malcolm (2002) *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Repstad, Pål (1999) *Närhet och distans*. Lund: Studentlitteratur.

Stevens, Richard (1998) *Att förstå människor*. Lund: Studentlitteratur.

Trost, Jan (2005) *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Trost, Jan (1993, 1997) *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Widerberg, Karin (2002) *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Åberg, Jonas (1996) *Alkohol som medicin Hur man hittar bättre alternativ*.
Stockholm Förlagshuset Gothia.

Ågren, Gunnar (2000) ”Några huvuddrag i den svenska alkoholvården”. I Berglund,
Mats Andréasson, Sven , Bergmark, Anders, Blomqvist, Jan, Lindström, Lars,
Oscarsson, Lars, Ågren, Gunnar & Öjehagen, Agneta: *Behandling av
alkoholproblem En kunskapsöversikt*. Stockholm: Liber AB.

Internetkällor:

Centralförbundet för alkohol och narkotika upplysning (1994) ”Alkohol”, Cans
officiella hemsida www.can.se/fragor.asp?navId=9&Id=3&subid=42 (2007.05.11).

National Encyklopedin (2007)

http://www.ne.se/jsp/search/search.jsp?h_search_mode=simple&h_advanced_search=false&t_word=patient (2007.05.11).

National Encyklopedin (2007)

http://www.ne.se/jsp/search/search.jsp?h_search_mode=simple&h_advanced_search=false&t_word=klient (2007.05.11).

National Encyklopedin (2007)

http://www.ne.se/jsp/search/search.jsp?h_search_mode=simple&h_advanced_search=false&t_word=missbruk (2007.05.11).

National Encyklopedin (2007)

http://www.ne.se/jsp/search/search.jsp?h_search_mode=simple&h_advanced_search=false&t_word=beroende (2007.05.11).

BILAGA 1

Helsingborg xxxx-xx-xx

Vi är två socionomstuderande från Campus Helsingborg/Socialhögskolan som heter Kristina Lindestam och Sara Christiansson som ska skriva en C-uppsats som kommer att handla om alkoholmissbruk och den vård som kan erbjudas av socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Vi vill undersöka om det enligt den personal som kommer i kontakt med alkoholmissbrukare finns skillnader mellan dem med alkoholproblem som hamnar hos sjukvården eller socialtjänsten. Arbetet med uppsatsen går ut på att intervjua personal som kommer i kontakt med klienter/patienter med alkoholmissbruk. Med vår undersökning vill vi även se om man kan se om det finns något samband med vilken kategori av klienter/patienter som behandlas av socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården. Vi vill även få information om vilken typ av klienter/patienter som söker vård på er mottagning.

Vi är intresserade av att ta del av era tankegångar, resonemang och erfarenheter och önskar därför att göra en intervju som kommer att ta ca en timme.

Vi vill poängtera att det är frivilligt att delta i vår undersökning och att de uppgifter som vi samlar in behandlas konfidentiellt och enbart till detta syfte.

Vi kommer att höra av oss till er igen om några dagar för att höra om ni är intresserade av att delta i vår undersökning.

Med vänliga hälsningar

Sara Christiansson

Kristina Lindestam

BILAGA 2

Intervjufrågor till personal inom Socialtjänst och hälso- och sjukvård

Tema: Respondenten utbildning och tidigare arbetslivserfarenhet

Vad har du för utbildning och tidigare arbetslivserfarenhet?

Vilken är din erfarenhet av behandling av missbrukare?

Tema: Klientens/Patientens kontakt med organisationen

I vilket samband kommer klienten/patienten i kontakt med er?

Hur sker den första kontakten?

Hur ser fortsatta kontakten med klienten/patienten ut?

Tema: Alkoholmissbruk

När bedömer du att en person har ett alkoholmissbruk?

Tema: Social tillhörighet

Vilka klienter/patienter söker sig till er organisation?

Vilka patienter blir aktuella för vård hos er?

Kan du se att den sociala bakgrunden har någon roll i er bedömning för fortsatt vård?

Tema: Behandling

Vilken/vilka behandlingsform använder ni er av vid alkoholmissbruk?

Vilka kriterier ska vara uppfyllda för att en klient/patient ska erbjudas vård hos er?

Finns det något samarbete mellan socialtjänst respektive Hälso- och sjukvården?

Händer det att ni hänvisar en sökande till en annan vårdgivare? Varför?

Anser du att en vårdtagare skulle kunna få bättre vård hos Socialtjänsten/Hälso- och sjukvården?