

Lunds universitet

Socialhögskolan

Socialt arbete med drogmissbrukare

SOL 065

Vårterminen 2005



LUNDS
UNIVERSITET

VAD PÅVERKAR VALET AV INSATS?

*Om socialsekreterares bedömningar i
missbruksärenden*

Författare: Tiger Englund

Cecilia Fagerlund

Handledare: Torbjörn Hjort

ABSTRACT

The purpose of this essay was to investigate affecting factors concerning social workers in social services assessments with cases of abuse. We wanted to see if social workers in social services tend to make different assessments of the need of substance abusers care. Our survey was carried out as a vignettesurvey with complementary interviews as means to deepen the outcome results. Our survey showed that the included social workers in social services in some senses make different assessments when it comes to choice of effort put in for the client. We shed light on different factors and circumstances, which could bear meaning for the social workers in social services assessments. Examples of factors were the social workers in social services age, gender, working experience and attitude towards substance abusers.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sida

FÖRORD	5
1. INLEDNING	6
1.1 Problemformulering	6
1.2 Syfte och frågeställningar	7
1.3 METODREDOVISNING	7
1.3.1 Val av metod	7
1.3.1.1 Vinjettmetoden	7
1.3.1.2 Intervjuer	8
1.4 Urval	9
1.5 Tillvägagångssätt och undersökningens genomförande	9
1.5.1 Analys av enkäter och intervjuer	11
1.6 Resultatens tillförlitlighet	11
1.6.1 Validitet	11
1.6.2 Reliabilitet	11
1.6.3 Svagheter i enkätens utformning	12
1.7 Etiska överväganden	12
1.8 Källor	13
2. TIDIGARE FORSKNING	14
2.1 Narkomanvård på lika villkor?	14
2.2 Vad styr vårdvalen?	15
3. TEORETISKA PERSPEKTIV	16
3.1 Gräsrotsbyråkrater	16
3.2 Habitus	17
3.3 Attityd- och värdeteori	18
3.4 Exemplar- och regelmodellen	20
3.5 Beslutsteori	21
3.6 Kommentarer till valet av teorier	21
4. RESULTATREDOVISNING	22
4.1 Enkät 1: Val av insats i förhållande till problembild	22
4.1.1 Vinjett 1	22
4.1.1.2 Sammanfattning av motiveringar till val av insats	24
4.1.2 Vinjett 2	24
4.1.2.1 Sammanfattning av motiveringar till val av insats	25
4.1.3 Vinjett 3	26
4.1.3.1 Sammanfattning av motiveringar till val av insats	27
4.1.4 Vinjett 4	27
4.1.4.1 Sammanfattning av motiveringar till val av insats	29
4.1.5 Vinjett 5	29
4.1.5.1 Sammanfattning av motiveringar till val av insats	31
4.1.6 Vinjett 6	31
4.1.6.1 Sammanfattning av motiveringar till val av insats	32
4.2 Enkät 2: Personspecifika egenskaper	32
4.2.1 Bakomliggande orsaker till drogmissbruk	33
4.2.2 Är det missbrukarens eget ansvar att söka vård?	34
4.2.3 Måste missbrukaren vara motiverad för att behandlingen ska fungera?	34
4.2.4 Hjälper behandling <u>alla</u> missbrukare?	35
4.2.5 Hjälper behandling <u>vissa</u> missbrukare?	36
4.3 Vem erbjuder vilken vård?	36

4.3.1 Vem erbjuder vilken vård i vinjett 1?	36
4.3.2 Vem erbjuder vilken vård i vinjett 2?	37
4.3.3 Vem erbjuder vilken vård i vinjett 3?	38
4.3.4 Vem erbjuder vilken vård i vinjett 4?	39
4.3.5 Vem erbjuder vilken vård i vinjett 5?	41
4.3.6 Vem erbjuder vilken vård i vinjett 6?	42
4.3.7 Hur påverkas insatsvalet av socialsekreterarnas syn på orsaker bakom missbruk?	42
4.3.8 En sammanfattande överblick	43
4.4 Sammanställning av intervjuer	43
4.4.1 Beskrivning av verksamheten	43
4.4.2 Verksamhetens resursutbud	44
4.4.3 Finns det gemensamma strategier att arbeta efter?	45
4.4.4 När anser våra respondenter att ett missbruk föreligger?	45
4.4.5 Sker det ett kunskapsutbyte i verksamheten?	46
4.4.6 Vad är god kvalitet?	46
4.4.7 Hur påverkar verksamhetens resurser bedömningarna?	46
4.4.8 Vad tror våra respondenter påverkar deras bedömningar?	47
4.4.9 Händer det ofta att man gör olika bedömningar av ett ärende?	47
4.4.10 Kan man se någon gemensam nämnare handläggarna emellan?	48
4.5 Hur förhåller sig vårt resultat till tidigare forskning?	48
5. TILLÄMPNING AV TEORETISKA BEGREPP	49
5.1 Hur kan vi förstå vad som påverkar våra socialsekreterares bedömningar och variationen av bedömningar dem emellan?	49
6. SAMMANFATTNING	51
7. SLUTDISKUSSION	52
8. REFERENSLISTA	56
BILAGA 1: Intervjufrågor till socialsekreterarna	58

FÖRORD

Att som yrkesverksam socionom ha god självkänedom och vara medveten om vad som påverkar ens bedömningar och beslut i klientarbete, anser vi är grundläggande för att utöva ett professionellt socialt arbete.

Vi vill rikta ett varmt tack till alla er som gjorde vår undersökning möjlig. Ett stort tack till våra respondenter som avsatte värdefull tid för att besvara våra enkäter samt delta i intervju. Vi vill även tacka Torbjörn Hjort för värdefulla synpunkter och kommentarer på vår uppsats.

Helsingborg, maj 2005

Tiger Englund och Cecilia Fagerlund

1. INLEDNING

1.1 Problemformulering

Socialstyrelsen startade hösten 2001 projektet ”Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten”. Genom projektet vill man verka för en socialtjänst som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. Något som inte är helt ovanligt är att kommunens ekonomiska förutsättningar, lokala arbetssätt och rutiner, och handläggarnas personliga värderingar styr i dagens sociala arbete. Detta får stöd i studier om klienternas upplevelse av socialtjänsten; ”det gäller att ha tur med sin socialsekreterare” (Socialstyrelsen, 2004a s.10). En ambition är således att standardisera och göra socialarbetarens arbete enhetligt, vilket bland annat har tagit sig uttryck i utarbetandet av nationella riktlinjer för missbruksvården (Socialstyrelsen, 2004b).

Socialarbetare som arbetar med utredning och vårdbedömning inom socialtjänstens missbruksvård möter dagligen människor som är i behov av hjälp för sina alkohol- eller narkotikaproblem. Till sitt förfogande har de en mängd resurser som innefattar olika typer av vård och behandlingsprogram. En förutsättning för att hjälpprocesser ska kunna komma till stånd, är att det fattas beslut om vilka typer av insatser som ska beviljas de människor som söker hjälp. Socialtjänstlagen (2001:453) stadgar att socialnämnden aktivt skall ”sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket” (kap.5, 9 §), men den anger inte *hur* socialtjänsten skall agera för att hjälpa den enskilde. Det är således en uppgift för socialtjänsten och dess företrädare att fastställa vilken typ av insats som ska beviljas en enskild person. Detta beslutsutrymme, som utgör en direkt konsekvens av socialtjänstlagens karaktär av målinriktad ramlag – och som är ett av de utmärkande dragen för ”gräsrotsbyråkrati” (Johansson, 1992) – medför nästan med nödvändighet att det finns större eller mindre individuella och lokala variationer i besluten om vem som ska få vilken missbruksvård. Resultat från Socialstyrelsens studie ”Narkomanvård på lika villkor” (2004a) talar för att vi inte på förhand kan förutsäga vilken typ av behandling som en missbrukare får och att missbrukare behandlas olika. Det innebär att vem som ska få vilken missbruksvård varierar beroende på vem som fattar beslutet och var beslutet fattas.

Med ovanstående som utgångspunkt vill vi med vår undersökning se om socialsekreterare tenderar att göra olika bedömningar av missbrukares vårdbehov. Vi kommer att undersöka vad som påverkar socialsekreteraren i sitt val av insats och om vi kan urskilja mönster av faktorer som påverkar socialsekreterarna i större utsträckning än andra. Vi utgår även ifrån att vi inte kan avgöra vad som är ”den bästa” insatsen för en klient och vi har därmed inte för avsikt att värdera socialsekreterarnas insatsval.

1.2 Syfte och frågeställningar

Vårt syfte är att undersöka vad som påverkar socialsekreterares bedömningar i missbruksärenden.

- Hur påverkar socialsekreterarnas ålder, kön, yrkeserfarenhet och syn på missbrukare deras bedömningar?
- Påverkar vilka resurser som finns tillgängliga socialsekreterarnas bedömningar?
- Kan vi urskilja mönster av faktorer som påverkar socialsekreterarnas bedömningar i större utsträckning än andra?
- Tenderar socialsekreterarna att göra olika bedömningar av missbrukares vårdbehov?

1.3 METODREDOVISNING

1.3.1 Val av metoder

Vi har valt att använda oss av en metodtriangulering för att samla in vår empiri. Vi har på så vis använt oss av en kombination av kvantitativ och kvalitativ datainsamlingsmetod (Halvorsen, 1992:92). Till stor del bygger vår undersökning på material insamlat med hjälp av vinjettmetoden då vi ansåg att denna metod lämpade sig bäst för att besvara vårt syfte. För att fördjupa undersökningens resultat valde vi sedan att genomföra intervjuer.

1.3.1.1 Vinjettmetoden

Jergeby (1999) har beskrivit vinjettmetoden som innebär att respondenten ställs inför ett antal fall att ta ställning till. Vinjetter är korta historier om beskriver en person, situation eller ett skeende. Fallen har undersökaren försett med karakteristiska som anses vara viktiga och avgörande i en val - eller bedömningsituation. Beskrivningen ska vara konkret och verklighetstrogen för att respondenten ska uppfatta den som

trovärdig. Efter vinjetterna följer ett antal frågor som respondenten ska ta ställning till. Vinjetten presenteras oftast skriftligt för respondenten och följs i regel av följdfrågor med fasta svarsalternativ eller av fasta svarsalternativ och ibland öppna frågor. Huvudkomponenterna i vinjettmetoden är den inledande berättelsen och respondentens reaktioner på den (Jergeby, 1999).

Det har framförts kritik mot vinjettmetoden då man menar att man använder sig av hypotetiska situationer (Jergeby, 1999). Respondenten ställs inför situationer som de ej upplevt själva, vilket kan leda till att de tvingas göra ställningstaganden som de egentligen inte skulle göra i faktiskt handlande. Motargumentet till denna kritik är att hypotetiska situationer snarare breddar perspektivet hos den enskilda respondenten (ibid.).

När det gäller undersökningar av det sociala arbetet i Sverige har vinjettmetoden framförallt använts för att studera hur lika eller olika socialarbetare bedömer samma ärende (Jergeby, 1999).

1.3.1.2 Intervjuer

Våra intervjuer genomförde vi utifrån en halvstrukturerad intervjuguide (se bilaga 1). Frågorna presenterade vi osystematiskt då vi själva kunde bestämma hur intervjun skulle fortlöpa genom att variera sättet att ställa frågorna på, liksom ordningsföljden, från respondent till respondent (Halvorsen, 1992:87).

Fördelen med intervjuer jämfört med enkäter är att bortfallet vanligtvis blir mindre eftersom intervjuaren står ansikte mot ansikte med dem som ska intervjuas och därmed kan övertala de tveksamma att låta sig intervjuas (Halvorsen, 1992:89). Den personliga närvaron betyder också att man kan underlätta förståelsen av vissa frågor, att man kan reda ut missförstånd och att svaren kan fördjupas. Dessutom kan intervjuaren genom sina kommentarer till intervjusituationen underlätta tolkningen av det insamlade materialet (ibid.). En nackdel med intervjuer är att intervjuarens personlighet och arbetssätt kan påverka intervjuret (Halvorsen, 1992:89). En annan nackdel är att respondenterna svarar på ett visst sätt för att göra ett gott intryck och inte verka okunniga. De svarar det som de tror att intervjuaren vill höra (ibid.).

Halvorsen (1992) tar upp att om frågorna är av mycket privat karaktär kommer antagligen svarsprocenten att bli högre och svaren ärligare med enkäter än vid personliga intervjuer. Då vi i vår undersökning ville ställa ett antal attitydfrågor ansåg vi på så vis att det bästa var att ha med dem i vår enkät.

1.4 Urval

Vårt urval består av socialsekreterare på en vuxenhet i en mellanstor kommun. Anledningen till varför vi valt denna undersökningsgrupp är att det är dem som handlägger missbruksärenden inom den kommunala socialtjänsten. Undersökningen var tänkt att vara en totalundersökning då vi ville att alla socialsekreterare (totalt 16 stycken) skulle besvara enkäten. Totalt delades 16 enkäter ut och vi fick in 13 enkäter. Bortfallet blev därmed 18.75 procent och svarsfrekvensen blev således 81.25 procent. Tilläggas bör att en av de 13 enkäterna enbart delvis var ifylld. Tänkbara skäl till bortfallet tror vi kan bero på tidsbrist då de hade kort tid på sig att fylla i enkäterna samt att de säkert redan hade stor arbetsbörda.

Vi valde sedan att komplettera våra enkäter med fyra intervjuer med socialsekreterare. Genom att intervjua socialsekreterare som tidigare deltagit i vår undersökning fick vi således möjlighet att få en djupare förståelse för enkätresultatet.

1.5 Tillvägagångssätt och undersökningens genomförande

Vi fick kontakt med respondenterna genom att vi ringde och pratade med socialsekreterarnas enhetschef och berättade om vår idé. Hon var väldigt tillmötesgående och delade ut enkäterna vid ett gemensamt möte där alla socialsekreterarna var närvarande. De fick någon dag på sig att fylla i enkäterna innan vi hämtade dem. När vi sedan skulle genomföra våra intervjuer kontaktade vi vuxenheten och hörde om det fanns något intresse av att ställa upp på intervju. Vi fick tag på fyra frivilliga socialsekreterare och bokade tid med dem.

I vår undersökning ombads respondenterna att besvara två enkäter med både fasta och öppna svarsalternativ. Den första enkäten bestod av sex vinjetter som alla handlade om olika personer som brukar alkohol eller narkotika. Efter varje vinjett fick de 18 svarsalternativ på olika insatser som de skulle rangordna i första-, andra- och

tredjehand. Dock var det inget krav att välja något i andra- och tredjehand. Respondenterna fick även kommentera sina val. De skulle alltså bedöma vilken vård eller insats som de anser att personerna är i behov av och motivera sitt/sina val.

Vinjetterna består av tre kvinnliga och tre manliga brukare av alkohol eller narkotika där drogbruket har olika allvarlighetsgrad och så även deras sociala situation. De sex vinjetterna ingår i tre kategorier med en ökande problematik. Den första kategorin (vinjett 3 och 6) representerar personer med mindre allvarlig social situation och ett bruk av narkotika som inte lett till några allvarligare problem. Kategori två är en mellangrupp (vinjett 2 och 5) där det förekommer ett allvarligare drogbruk än i kategori ett. Även den sociala situationen är allvarligare än i kategori ett. Den tredje och sista kategorin (vinjett 1 och 4) är den allvarligaste både då det gäller den sociala problematiken och bruket av droger.

Vinjetterna följdes av både slutna och öppna frågor som respondenterna fick besvara skriftligt. Vi bad respondenterna besvara enkäten utifrån verkligheten, det vill säga de skulle ta hänsyn till ekonomi, tillgängliga resurser och så vidare, precis som i sitt dagliga arbete. Detta var något vi funderade mycket över och då vi ville att svaren skulle spegla verkligheten så mycket som möjligt ansåg vi att detta var det bästa.

Det andra enkätformuläret bestod inledningsvis av frågor om respondenternas kön, befattning, ålder, utbildning och yrkeserfarenhet med missbrukare. Detta följdes sedan av ett antal attitydfrågor.

När vi sedan sammanställt resultatet av våra enkäter genomförde vi fyra intervjuer, två stycken på respektive arbetsplats. Intervjuerna varade upp till cirka 45 minuter. Vi ställde bland annat frågor om organisationen, deras arbetssätt och vad de själva tror påverkar deras bedömningar. Vi hade gjort en intervjuguide med frågor som vi följde för att få en struktur i det hela. Varje intervju spelades in efter att vi fått respondentens godkännande. För att underlätta vidare analys, transkriberade vi sedan intervjuerna.

1.5.1 Analys av enkäter och intervjuer

För att lägga en grund för vår analys var vi tvungna att först sammanställa alla svar, vinjett för vinjett. För att begränsa oss valde vi sedan ut vissa personspecifika egenskaper hos respondenterna och sammanställde dessa i olika tabeller. När vi sedan sammanställt dessa personspecifika egenskaper kopplade vi samman respondenternas insatsval i respektive vinjett.

Våra intervjuer spelades in för att underlätta kommande analys. Efter intervjuerna transkriberade vi materialet för vidare analys. Transkriberingen skedde genom att återge respondenternas svar ordagrant. Dock utelämnades material som vi ej ansåg vara relevant för uppsatsens syfte och frågeställningar. Materialet sammanställde vi sedan utifrån våra intervjufrågor.

När allt vårt material var sammanställt tillämpade vi de teoretiska perspektiv vi valt ut för att få ytterligare förståelse för resultatet.

1.6 Resultatens tillförlitlighet

1.6.1 Validitet

Med begreppet validitet syftar man på giltighet eller relevans (Halvorsen, 1992). Instrumentet skall mäta det som man har för avsikt att mäta (Thurén, 1991). Vinjettmetoden anser vi vara den bästa metoden för att kunna besvara uppsatsens frågeställningar. Vi vill se om vi kan skönja mönster i liknande ärenden. Med vinjettmetoden ställs respondenterna inför exakt samma fall och detta hade inte gått att genomföra med verkliga fall då de inte kan bli precis likadana.

Enkätformuläret utarbetades med stöd av en uppföljning och utvärdering som Socialstyrelsen (2004a) genomfört i nio kommuner och tre landsting 2004.

1.6.2 Reliabilitet

Med reliabilitet menas hur tillförlitliga mätningar är. Hög reliabilitet betyder att oberoende mätningar ska ge ungefär identiska resultat (Halvorsen, 1992). Ofta menas också med reliabilitet att en mätning vid en viss tidpunkt skall ge samma resultat vid en förnyad mätning (Thurén, 1991). För att uppnå hög reliabilitet måste de olika leden

i mätprocessen vara precisa. Exempelvis får vi inte ha kodat eller registrerat våra data fel. Hög reliabilitet ska garantera att våra data är pålitliga och att de därmed kan belysa den vetenskapliga problemställningen (Halvorsen, 1992).

1.6.3 Svagheter i enkätens utformning

Det som i vårt fall kan ha påverkat reliabiliteten i negativ riktning enligt våra respondenter är att de ansett att de fått för lite information om personerna i vinjetterna för att de ska kunna göra något annat val än *ytterligare utredande samtal*. De har även sagt att de alltid gör en grundutredning först vilket gjorde att de flesta nästan alltid svarade *ytterligare utredande samtal* i första hand. Här kan vi känna att det blivit en missuppfattning då vi är medvetna om att fallbeskrivningarna innehåller en begränsad mängd information och att bedömningssituationen inte kan jämföras med en verklig situation. Eftersom våra vinjetter utgör ”objektiva” bilder av klienter, bilder som socialsekreterarna inte haft möjlighet att, i samspel med klienterna, komplettera, nyansera, eller ”personifiera”, kan de inte användas för att fånga in den interpersonella dynamiken i beslutsprocessen. Vår tanke var emellertid att våra respondenter skulle välja att erbjuda en insats utifrån den information de fått om klienten. På grund av att flertalet av våra respondenter i första hand valt insatsen *ytterligare utredande samtal*, har vi valt att främst fokusera på deras andra- och tredjehandsval vid vår analys. Annan kritik vi fått var svårigheten med att respondenterna endast fick välja tre svarsalternativ, då det ibland krävs att man arbetar med flera insatser parallellt, gjorde detta att de inte kunde välja alla insatser som de skulle ha gjort i verkligheten.

1.7 Etiska överväganden

De socialsekreterare som deltog i våra intervjuer valde ut sig själva vid vår förfrågan om intresse att delta i vår undersökning. Vi har valt att inte skriva ut deras namn då det saknar relevans för vårt innehåll. Att nämna på vilken ort vi genomfört vår undersökning anser vi inte heller ha relevans för uppsatsens syfte.

Vid utlämnandet av vår vinjettstudie hade vi en medföljande presentation av oss själva samt syftet med vår undersökning. I samband med detta garanterade vi de socialsekreterare som ville svara på enkäterna anonymitet då ett flertal av frågorna är

av personlig art. Eftersom vår vinjettundersökning bygger på konstruerade och påhittade fall innefattar den inga etiska komplikationer när det gäller enskilda klienters integritet.

Under etiska överväganden vill vi även nämna att då det endast var en av våra respondenter som tillhörde ålderskategorin ”upp till 29 år” har vi valt att räkna in denna respondents svar under ålderskategorin ”30-39 år” för att garantera anonymitet och då det inte heller framkom några stora skillnader ålderskategorierna emellan.

1.8 Källor

Vi har funnit mycket litteratur som berör ämnet missbruk. Dock har det varit svårt att hitta litteratur som berör just vårt område. Till hjälp att beskriva vårt tillvägagångssätt med vår undersökning valde vi att använda oss av metodlitteratur. De författare vi valt att referera till har alla varit verksamma vid högskola eller universitet. Som exempel kan vi nämna Knut Halvorsen, som vi använt oss mycket av i vår metodbeskrivning, som bygger sin bok (1992) på erfarenhet som lärare i samhällsvetenskaplig metod på socialhögskolor och som handledare för studenters projektarbeten. Ulla Jergeby är sociolog och forskare och är numera verksam inom CUS, Centrum för utvärdering av socialt arbete. Inom CUS, som publicerat ”Att bedöma en social situation – Tillämpning av vinjettmetoden” (1999), skall all utvärderande verksamhet vila på vetenskaplig grund. Gemensamt för våra referenser är att innehållet har blivit granskat av andra som är verksamma inom den akademiska världen. Flertalet av de författare vi refererat till är eller har varit verksamma som forskare. Anna-Lisa Lindén var vid bokens utgivning (1994) verksam som docent och forskare i sociologi i Lund. Per Månsons ”Moderna samhällsteorier” (2000) är utarbetad av lärare och forskare vid Göteborgs universitet. Nils-Eric Sahlin är i sin tur verksam som forskare på den filosofiska institutionen vid Lunds universitet. Vi har även refererat till tidigare genomförda studier inom vårt problemområde. Socialstyrelsen har publicerat studien ”Narkomanvård på lika villkor?” (2004a) som genomförts av bland annat Ulf Malmström som är ansvarig för missbruksprogrammet inom Socialstyrelsen. Andra som bidragit till studien är forskarna Jan Blomqvist och Lisa Wallander som även är författare till Forskning och Utvecklings (FoU-) rapporten ”Vad styr vårdvalen?” (2005). Det material vi tagit del av genom Internet är en doktorsavhandling av Anna-

Carin Olsson (2004) som publicerats i fulltext genom Umeå universitets hemsida samt Socialstyrelsens ”Nationella riktlinjer för missbrukarvård” (2004b).

När det gäller den information vi fått av våra respondenter inom socialtjänstens vuxenhet har vi ingen anledning att betvivla deras trovärdighet. Vi är dock medvetna om att det kan ha funnits faktorer i intervjusituationen som kan ha påverkat våra respondents svar. Till exempel att intervjupersonen har ont om tid, är stressad eller att den intervjuade svarar på ett sätt som förväntas av personen ifråga.

2. TIDIGARE FORSKNING

2.1 Narkomanvård på lika villkor?

År 2004 publicerade Socialstyrelsen ”Narkomanvård på lika villkor?”, som är en studie av förhållanden som kan ha betydelse vid val av insatser inom narkomanvård (Socialstyrelsen, 2004a). Undersökningen utformades som en vinjettstudie, där personal inom både socialtjänst och landstingens missbrukarvård fick ta ställning till sex fingerade fall. Utgångspunkten för konstruktionen av fallen är de insatser man vanligtvis förfogar över och fattar beslut om i sitt arbete med narkotikamissbrukare. Personalen fick även i anslutning till bedömningen av vinjetterna ta ställning till ett antal attitydfrågor som rör missbruk och missbrukare (ibid.).

Socialstyrelsens studie (2004a) visar att det finns en överensstämmelse mellan svårighetsgraden av de problem som presenteras i vinjetterna och valet av insats; ju allvarigare problem desto mer ingripande insatser. Samtidigt visar studien en avsevärd variation i de insatskombinationer som väljs. Resultatet kan tas som intäkt för en slags oförutsägbarhet, att vi inte på förhand kan förutsäga vilken behandling som en missbrukare får och att missbrukare behandlas olika. Resultaten av studien tyder även på att kvinnliga missbrukare får andra insatser än manliga missbrukare, trots snarlika problembeskrivningar i vinjetterna. Tillgången på resurser framkommer som en faktor som påverkar personalens bedömningar och val av insatser som kommer missbrukare till del. ”Narkomanvård på lika villkor” (2004a) har även försökt belysa andra faktors inverkan på de insatsval som görs, så som personalens ålder, kön, utbildning, befattning och yrkeserfarenheter. Vissa mönster har framträtt som till exempel att personal med liten yrkeserfarenhet gör andra val av insatser än

personal med längre yrkeserfarenhet. Undersökningen pekar också på att personalens attityder till narkotikamissbruk till viss del påverkat dem i deras val av insats.

Som framkommit tyder undersökningen på att vilken social situation klienten befinner sig i och svårighetsgraden på missbruket påverkar personalens val av insats. Till exempel så föreslogs mindre ingripande insatser till personerna som har mindre allvarlig problematik, medan mer genomgripande och kostsamma insatser, som medicinska insatser och institutionsvård, föreslogs till dem med allvarligare missbruk och sociala problem. Så är också fallet med öppenvårdsinsatser och institutionsvård. Det senare väljs i de fall där behoven är mest påtagliga. ”Narkomanvård på lika villkor” (2004a) pekar på att det finns en slags hierarki mellan de insatser som regelmässigt styr arbetet med missbrukare. Det beror sannolikt på de resurser som för tillfället är tillgängliga eller den förhärskande uppfattningen om effektiviteten. Den bild som framträder i undersökningen stämmer ganska väl med de budgetförändringar som skett under senare år inom socialtjänstens missbrukarvård. Som exempel kan nämnas boende i olika former som troligen på bekostnad av institutionsvård fått en allt starkare position i insatsarsenalen. När det gäller hur klientens kön påverkar personalens bedömningar i studien (2004a), kan man konstatera att personalen väljer att arbeta mer med männens motivation medan kvinnorna ansågs behöva mer råd och stöd.

2.2 Vad styr vårdvalen?

”Vad styr vårdvalen? – en faktoriell survey av faktorer som predicerar val av insats inom socialtjänstens missbruksvård” (Wallander & Blomqvist, 2005) är den andra av två delrapporter från projektet ”Vem får vilken missbruksvård” och syftar till att belysa hur behovsbedömningar och val av insatser görs inom den socialtjänstbaserade missbruksvården. Projektet har genomförts i form av en vinjettstudie, där 205 socialarbetare från 17 stadsdelar i Stockholms stad och 19 kommuner eller kommundelar i Stockholms län fått ta ställning till vilka insatser de uppfattar som mest adekvata för ett antal fiktiva klienter med olika slag av missbruksproblem.

”Vad styr vårdvalen?” (Wallander & Blomqvist, 2005) visar för det första på att klienternas egenskaper har ganska stor betydelse för valen av insatser från

socialarbetarna. Bland de klientvariabler som spelar roll för socialarbetarnas val av insats finns klientens missbruksmedel, missbruksmönster, psykiska hälsa, sociala situation, ålder och egen syn på sitt alkohol- eller drogbruk. För det andra visar rapporten (2005) på att socialarbetarnas val mellan insatser påverkas av olika bedömarvariabler, som till exempel deltagarnas uppfattning om alkohol- och narkotikaproblem och – om än i något lägre grad – deras utbildning, arbetsposition och kön. För det tredje visar resultatet på att socialarbetarnas bedömningar av vad som är den ”ideala” insatsen för olika klienter i viss mån påverkas av olika organisatoriska och strukturella förutsättningar på de lokala socialtjänstenheterna. På basis av att såväl det rådande behandlingsutbudet som förekommande rutiner på arbetsplatsen spelar roll för socialarbetarnas professionella bedömningar, kan slutsatsen dras att socialarbetare från enheter med skilda strukturella förutsättningar i viss mån ”skolas in i” olika sätt att bedöma och analysera klientens behov (ibid.).

3. TEORETISKA PERSPEKTIV

För att förstå vad som kan påverka socialsekreterarna i deras bedömningar har vi valt att använda oss av några olika teoretiska perspektiv.

3.1 Gräsrotsbyråkrater

Johansson (1992) analyserar i sin avhandling ”Vid byråkrats gränser” gräsrotsbyråkraternas position, dels utifrån hur deras relation till klienterna ser ut och dels hur de påverkas av vad som sker inom organisationen samt hur omgivningen påverkar organisationen.

Gräsrotsbyråkrater är offentligt anställda tjänstemän som har direktkontakt med medborgarna i sitt dagliga arbete och som innehar handlingsfrihet i utförandet av sina arbetsuppgifter (Johansson, 1992). En utgångspunkt för gräsrotsbyråkraternas arbete är att de befinner sig i de lägre skikten av en organisationshierarki och utsätts på så vis för en mängd krav uppifrån i hierarkin. Gräsrotsbyråkrater styrs inte av detaljreglering utan de lagar som man arbetar efter anger istället de allmänna ramarna för förvaltningsverksamheten. Kännetecknande för gräsrotsbyråkraternas arbete är att de inte på förhand vet hur slutprodukten av arbetet kommer att se ut. Problemen som gräsrotsbyråkratern möter skall hanteras som situationer vars verkliga behov

måste undersökas, uppskattas, värderas och bedömas. Gräsrotsbyråkrater har på så vis alltid ett visst handlingsutrymme för egna bedömningar (ibid.). Dennes situation är sådan att i hans roll som yrkesmänniska ingår att motverka i synnerhet ett av den byråkratiska organisationens karaktäristika, nämligen formaliseringen. Han ska använda sitt handlingsutrymme i utförandet av arbetsuppgifterna till att göra egna bedömningar, för att därigenom anpassa regelsystemet till konkreta ärenden. Gräsrotsbyråkraten utgör därigenom ett obyråkratiskt element i den byråkratiska strukturen. Konflikten mellan att vara organisationsrepresentant och människa är alltså inbyggd i hans roll som gräsrotsbyråkrat (Johansson, 1992).

Utmärkande för gräsrotsbyråkraten är arbetet och relationen till klienten (Johansson, 1992). Gräsrotsbyråkratens uppfattning av klienten kommer att styras av vad organisationen tillhandahåller för administrativa kategorier, samt av mer eller mindre informell praxis. Relationen mellan gräsrotsbyråkrat och klient sker inte i något socialt vakuum, utan omges och bestäms till stor del av den organisation som denna relation utspelar sig inom. Men enligt Johansson (1992) är byråkraten inte totalt underordnad organisationens krav. Gräsrotsbyråkratens arbete utmärks allmänt sett av att i kontakten med klienterna göra individuella tillämpningar av generella regler och direktiv. Det innebär att de ofta verkar i situationer som är alltför komplicerade och dynamiska för att kunna reduceras till formella regler och instruktioner. Dessutom innefattar arbetssituationen många gånger en mänsklig dimension som kräver omdömesförmåga omöjlig att kodifiera i regelform (Johansson, 1992:44).

3.2 Habitus

Enligt Bourdieus teori (Månson, 2000) tillägnar sig individen olika sätt att agera och förhålla sig genom att vistas i och delta i olika sociala miljöer. Eftersom en människa under sitt liv kan leva i och möta många sociala miljöer, blir hennes sätt att agera och förhålla sig format av skilda erfarenheter hon fått i olika miljöer under sin levnadsbana. Vad individen då gör är att hon tillägnar sig ett habitus (ibid.). Begreppet habitus kan definieras som vårt sätt att bemöta världen, det sociala arv vi bär med oss i våra uppfattningar och vårt sätt att vara (Moe, 1995). Med detta habitus kan hon agera och förhålla sig ”naturligt” i en eller flera av dessa olika sociala miljöer. Det centrala i Bourdieus teori om habitus är att individen också medvetet kan

påverka det med sin levnadsbana liksom hon med sitt habitus också formar strukturen och samhället (Månson, 2000).

Vissa sociala miljöer formar habitus mer än andra och särskilt uppväxtens livsförhållanden formar ett habitus som följer individen resten av livet. Det sociala ursprunget utgör därför alltid grunden för individens habitus (Moe, 1995). Människor har emellertid olika förmåga och möjlighet att dra nytta av sina sociala erfarenheter från uppväxten och därmed också att lära sig nya saker i de olika nya situationer de hamnar i (ibid.). Vårt habitus har djupa rötter men är tillräckligt flexibelt för att vi ska kunna orientera oss i nya situationer. När individen därför möter handlingsmönster och förhållningssätt, som formats av andra än de hon mött i sitt eget sociala ursprung, väver hon på olika sätt samman dessa till en del av ett nytt habitus (Månson, 2000).

Habitusbegreppet har ambitionen att både beteckna och förklara individens handlingsmönster och tankesätt såsom de har utvecklats i olika sociala miljöer. Detta habitus utvecklas inom kollektiva sociala konkurrensfält. Dessa utgör system av autonoma sociala positioner vilka konkurrerar med varandra (Månson, 2000).

3.3 Attityd- och värdeteori

De attityder och värderingar som individer utvecklar mot företeelser i vardagslivet bygger på tre kognitiva komponenter; kunskap, känsla och handlingsberedskap. I klassisk attitydteori menar man att av de tre komponenterna är kunskap och känsla direkta förutsättningar för handlingsberedskap (Lindén, 1994). Lindén (1994) beskriver de tre komponenterna. Komponenten kunskap varierar med hänsyn till bland annat; mängden kunskap, kunskapens grad av centralitet i förhållande till attitydobjektet och informatörens/kunskapens förhållande till attitydobjektet. Den känslomässiga komponenten varierar hos individen efter skalan gilla – ogilla, vilket har ett mycket nära samband med hur innehållet i kunskapskomponenten är sammansatt. Inga attityder mot enskilda attitydobjekt är avskilda från andra attityder och värderingar. Varje attityd har relationer till andra attityder i individens värdesystem. Inriktningen på värderingar i frågor som ligger nära de attityder som undersöks är därför betydelsefulla för hur stark och vilken riktning attityden mot ett enskilt attitydobjekt får (ibid.). Den tredje komponenten, handlingsberedskap,

sammanfattar det individen säger sig vilja göra i förhållande till attitydobjektet. Här kan man urskilja två dimensioner. Den första kan man beskriva genom skalan aktivitet – passivitet. För det andra kan handlingen i sin tur variera från stödjande till avståndstagande. Handlingsberedskap såsom den uttrycks inom attityden behöver dock inte nödvändigtvis säga något om vilka handlingar individen slutligen genomför. Man måste således vara noga med att skilja mellan det individen säger och det hon faktiskt gör (Lindén, 1994).

I attitydteori utgår man från det antagandet att alla individer strävar efter samstämmighet mellan grundkomponenterna i attityden (Lindén, 1994). Kunskap som individen värderar positivt bör leda till en positiv känslomässig inställning och en beredskap att handla på ett stödjande sätt. Med samma slags resonemang kan man beskriva relationerna mellan attitydkomponenterna utifrån att individen värderar den kunskap hon har om ett attitydobjekt negativt, vilken bör vara förbunden med en negativ handlingsberedskap (ibid.).

Lindén (1994) tar upp att bakom en människas attityder finns någon form av grundläggande princip eller värden. Grundläggande värden kan definieras som styrande principer för de attityder man har och de handlingar man genomför som enskild individ (ibid.). Inom värdeteori finns det flera olika definitioner av värden knutna till olika riktningar som till exempel teologiska, teorier om värden där dessa är uttryck för grundläggande behov, eftersträvansvärda tillstånd eller beteenden. Mellan attityder och värden finns det en grundläggande skillnad. Värden representerar mera varaktiga och grundläggande trosföreställningar om att vissa handlingar eller värderingar är mera betydelsefulla än andra (Lindén, 1994). Värden är viktiga som riktmärken för attityder och handlingar. Attityder är mer avgränsade och gäller ganska väl specificerade objekt och företeelser. En individ har ett begränsat antal grundläggande värden som principer bakom många attityder och handlingar. Dessa grundläggande värden ingår i individens värdesystem. Värden är personliga och därför något annat än sociala normer. Normer uttrycker ett i samhället accepterat beteende. Mellan individer kan man finna attityder och handlingar som faller tillbaka på mer eller mindre likartade värden. Detta är uttryck för att de är medlemmar i samma samhälle snarare än uttryck för att de har samma värden (Lindén, 1994).

I varje samhälle finns en uppsättning grundläggande värden som utgör styrande principer för vad som definieras som acceptabelt respektive icke acceptabelt beteende (Lindén, 1994). Dessa grundläggande värden kan exempelvis ha en politisk ideologisk förankring. I ett samhälle finner man olika överordnade kategorier av värden som från en tid till en annan kan mer eller mindre dominera både tanke och handling (ibid.).

3.4 Exemplar- och regelmodellen

Olsson (2004) undersöker i sin avhandling vilken kunskap som ligger till grund för mänskligt beslutsfattande. Hennes studier visar bland annat att tidigare erfarenhet och samarbete med andra individer spelar en viktig roll för våra bedömningar. Resultaten är värdefulla eftersom man kan tänka sig att personer ur olika yrkesgrupper, sociala grupper eller från andra kulturer grundar sina bedömningar och beslut på olika kunskapsbaser.

I den kognitiva grundforskningen finns många nya modeller som antar att vi människor har flera olika kunskapsstyper som våra bedömningar och beslut baseras på. De mest framgångsrika modellerna (modeller för hur vår kunskap kan tänkas se ut och vad denna kunskap grundas på) i bedömnings- och beslutsfattandeforskningen är den exemplarbaserade modellen och den regelbaserade modellen (Olsson, 2004).

I exemplarmodellen antar man att våra bedömningar baseras på vår tidigare erfarenhet av ett objekt eller en situation och att denna bedömningsprocess är intuitiv, det vill säga vi tar beslut eller gör bedömningar genom att intuitivt ”känna” att ett specifikt beslut är det rätta (Olsson, 2004). Nästan alla har någon gång haft en ”magkänsla” av att ett visst beslut är det rätta, även om man inte riktigt kan sätta fingret på varför just det beslutet känns rätt.

Regelmodellen är till skillnad från exemplarmodellen analytisk. I regelmodellen tar man beslut genom att analysera viktig information i en situation, till exempel att väga för- och nackdelar med att handla på ett visst sätt, och utifrån denna analys sedan ta ett beslut (Olsson, 2004).

En växande uppfattning är att de olika kunskapsstyperna (exemplar och regel)

samspekar i själva beslutsprocessen. I första hand försöker man analysera situationen man befinner sig i men när inget beslut kan tas utifrån analysen, tar man ett beslut grundat på intuition (Olsson, 2004).

3.5 Beslutsteori

En fundamental tanke i den traditionella beslutsteorin är att rationellt mänskligt beslutsfattande bygger på två viktiga komponenter – värde och information – och att svårigheten består i hur dessa skall vägas samman (Sahlin, 1993). Oavsett vilket beslutsproblem vi tänker oss har vi en viss mängd information tillgänglig. Informationen kan vara mer eller mindre bristfällig, men den utgör basen för vad vi tror om framtiden. Ett beslutsproblem kan något abstrakt ses som ett val mellan skilda handlingsalternativ som leder till olika utfall. Utfallet beror inte bara på vilket handlingsalternativ som valts, utan även på vilket tillstånd som förverkligas, det vill säga vad som de facto inträffar. Man menar på så vis att våra förväntningar om vad vi kan uppnå påverkar vårt beslutsfattande (ibid.).

Sahlin (1993) använder sig av Gilboa och Schmeidlers uppsats "Case-based decision theory" som tar upp att varje beslut bygger på ett begränsat antal tidigare fall. Författarna antar att beslutsfattaren kan bedöma likheten mellan det aktuella fallet och de tidigare. Värdet av de olika handlingsalternativen bestäms genom att man väger samman utfallen av de gamla situationerna i förhållande till deras likhet till det aktuella fallet (ibid.). Sahlin (1993) tar även upp en psykologisk modell som på många sätt påminner om Gilboa och Schmeidlers och som har utvecklats av G. Klein. Kleins modell, "recognition-primed decisions", är baserad på fältstudier och alltså rent deskriptiv till sin karaktär. Vad som gör den intressant i detta sammanhang är att den från en empirisk utgångspunkt visar på igenkännandets, det vill säga beslutsminnets, betydelse för effektivt beslutsfattande. Möjligheten att bedöma beslutssituationer som "lika" är en viktig komponent för snabba beslut i realistiska situationer (Sahlin, 1993).

3.6 Kommentarer till valet av teorier

Då vårt syfte med undersökningen är att se vad som påverkar socialsekreterarna i deras bedömningar valde vi teorier som på olika sätt kan förklara vår insamlade

empiri. För att förstå hur organisationen kan påverka socialsekreterarnas bedömningar valde vi att använda oss av begreppet gräsrotsbyråkrat som Johansson tar upp i sin bok (1992). För att förstå vad som kan påverka socialsekreterarna på individnivå valde vi att begränsa oss till ovan nämnda teorier som förklarar varför man som människa kan göra olika val.

4. RESULTATREDOVISNING

4.1 Enkät 1: Val av insats i förhållande till problembild

Respondenterna fick ta ställning till sex olika vinjetter/typfall som handlar om tre män och tre kvinnor som konsumerar alkohol eller narkotika. De sex personerna i vinjetterna ska representera olika förhållanden när det gäller konsumtion av droger och social situation. Vi har alltså försökt skapa vinjetter som eskalerar med avseende på problembild. Vi har delat in vinjetterna i tre kategorier. Den första kategorin (vinjett 3 och 6) representerar personer med mindre allvarlig social situation och med en konsumtion som inte lett till allvarliga problem. I den andra kategorin (vinjett 2 och 5) presenteras en allvarligare konsumtion och social situation. Den tredje kategorin (vinjett 1 och 4) innehåller de fall som har den allvarligaste sociala situationen och konsumtionen. Respondenterna ombads bedöma vilken typ av vård eller insats personerna i vinjetterna är i behov av. De fick rangordna sina svar och välja maximalt tre vård- eller insatsalternativ av 18 möjliga. Respondenterna ombads även motivera sina val av insats samt närmare beskriva vilka förhållanden i vinjetterna som påverkat deras val. De sex vinjetterna och respondenternas fördelningar i val av insatser presenteras i det följande.

4.1.1 Vinjett 1

Den första vinjetten handlar om en medelålders man med den allvarligaste situationen enligt den kategorisering som gjorts.

Göran 44 år har använt narkotika sedan många år tillbaka. Han började röka marijuana i tonåren och har efter det provat ett flertal narkotiska preparat genom åren. Idag tar han amfetamin. Göran har inte haft ett arbete på flera år. Hans vänskapskrets består endast av andra med liknande situation som honom.

Göran har tidigare vårdats enligt LVM (lagen om vård av missbrukare i vissa fall). Men han har aldrig lyckats lägga av med drogerna förutom under kortare perioder.

Göran har varit bostadslös under större delen av sitt vuxna liv förutom under en kortare tid då han bodde i en av socialtjänstens lägenheter. Han kunde dock ej bo kvar då han började använda droger igen.

Göran säger sig nu vara motiverad till behandling på frivillig väg och han vill ha Din hjälp.

I tabellen nedan följer fördelningen av respondenternas val av insatser.

Tabell 1. Vinjett 1: Respondenternas val i första, andra och tredje hand. I antal svar.

Vinjett 1			
Val av insats	1	2	3
Ytterligare utredande samtal	11		
Hänvisning till annan vårdgivare (landsting)			
Motiverande samtal under en begränsad period		2	
Rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal på mottagning		2	1
Ansökan/remittering till avgiftning	1	1	
Läkemedelsassisterad behandling			
Försökslägenhet/träningslägenhet			
Särskilt boende	1	2	
Kontaktperson			
Öppenvårdsprogram (inriktning på arbetsträning)			1
Öppenvårdsprogram (inriktning på behandling)		3	5
Familjehem			
Behandlingshem			2
Ansökan om tvångsvård			
Anhörigverksamhet			
Kontakter med/remittering till annan myndighet eller frivillig organisation			
Ingen insats eller vård alls			
Annat, ange vad:			
Ej svar:		3	4
Antal:	13	13	13

I vinjett 1 väljer majoriteten av respondenterna att de i första hand vill ha *ytterligare utredande samtal* med Göran. I andra hand fördelar sig valet av insats mellan att erbjuda Göran att delta i *öppenvårdsprogram med inriktning på behandling, motiverande samtal* samt erbjuda honom *rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal*. I tredje hand finns valet att erbjuda Göran *behandlingshem* representerat.

4.1.1.2 Sammanfattning av motiveringar till val av insats

Respondenterna vill utreda Görans behov av hjälp ytterligare för att se vilken förmåga han har att tillgodogöra sig olika insatser. Under tiden som man utreder vill man erbjuda Göran motiverande samtal. Göran ses som en garvad missbrukare och man vill testa om hans motivation är äkta. Göran ansöker om vård och man behöver utreda mer om behandlingen ska ske i öppenvård eller på institution. ”Tyngden i problematiken talar för institution men vi är hänvisade till att i första hand gå in med hemmaplansinsatser.” Motiveringen till att ansöka/remittera till avgiftning är att det är första steget inför alla behandlingar om man har ett missbruk som kräver avgiftning. Särskilt boende motiveras med att det är viktigt för en bostadslös klient som nu blivit motiverad.

4.1.2 Vinjett 2

Vinjett 2 handlar om Lina, en ung kvinna med hög alkoholkonsumtion. Lina själv anser sig inte ha några problem men det tycker däremot hennes mamma. Linas konsumtion av alkohol ska representera kategori två.

Lina 22 år kommer till Dig efter påtryckningar från sin mamma som är allvarligt orolig över dotterns alkoholkonsumtion.

Som tonåring kom Lina i kontakt med socialtjänstens fältgruppsverksamhet då hon vid ett flertal tillfällen uppmärksammats vara så berusad att hon inte klarat av att hantera situationen.

Då Lina var 18 år hoppade hon av gymnasiet för att helt ägna sig åt att festa och umgås med sin 10 år äldre pojkvän som försåg henne med alkohol. Lina hade ett tillfälligt jobb som städerska tills för någon månad sedan då hon fick sluta på grund av att hon prioriterade sitt festande före jobbet.

Idag bor Lina hos pojkvännen i hans hyreslägenhet. De umgås mest med hans äldre kompisar och de har ofta vilda fester i lägenheten.

Över telefon berättar Linas mamma att hon är rädd för att Lina nu helt har tappat kontrollen över sitt drickande och hon oroar sig över att Lina brås på sin far som är alkoholist. Mamman vill således att Du ger hennes dotter någon form av vård eller behandling. Lina själv tycker att hennes alkoholkonsumtion är normal och inte värre än någon annans.

I tabellen nedan följer fördelningen av respondenternas val av insatser.

Tabell 2. Vinjett 2: Respondenternas val i första, andra och tredje hand. I antal svar.

Vinjett 2			
Val av insats	1	2	3
Ytterligare utredande samtal	10		
Hänvisning till annan vårdgivare (landsting)			
Motiverande samtal under begränsad period	2	6	
Rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal på mottagning	1	3	2
Ansökan/remittering till avgiftning		1	
Läkemedelsassisterad behandling			
Försökslägenhet/träningslägenhet			
Särskilt boende			
Kontaktperson			
Öppenvårdsprogram (inriktning på arbetsträning)			1
Öppenvårdsprogram (inriktning på behandling)		1	2
Familjehem			
Behandlingshem			1
Ansökan om tvångsvård			
Anhörigverksamhet			2
Kontakter med/remittering till annan myndighet eller frivillig organisation			
Ingen insats eller vård alls			
Annat, ange vad:			
Ej svar:		2	5
Antal:	13	13	13

I vinjett 2 ser vi att *ytterligare utredande samtal* klart dominerar förstahandsvalet. I andrahandsvalet är det *motiverande samtal* som fått mest stöd. När det gäller tredjehandsvalet är det lite mer spritt bland *rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal på mottagning, öppenvårdsprogram med inriktning på behandling och anhörigverksamhet*.

4.1.2.1 Sammanfattning av motiveringar till val av insats

Vilket behov som finns står klart först efter ett antal utredande/motiverande samtal. En motivering till att erbjuda Lina motiverande samtal är att hon är ung och utan insikt om sin situation. Ofta är förnekelse starkare och konsekvenserna inte lika tydliga som hos en person som hållit på länge med alkohol. Man betonar att klientens åsikt och synsätt ska respekteras. Utredning kan leda till frivillig insats som till exempel samtalskontakt eller mer men utredande samtal kan också leda till en LVM (Lagen om vård av missbrukare i vissa fall) anmälan om det är befogat. Man vill

erbjuda Lina hjälp på hemmaplan och då kan många gånger öppenvård med inriktning på behandling räcka samt att klienten bygger/återuppbygger ett nytt nätverk på hemmaplan. Modern erbjuds hjälp i anhöriggrupp då hon behöver hjälp i sin situation.

4.1.3 Vinjett 3

Den tredje vinjetten handlar om en 33-årig man som har minst allvarlig situation av de tre manliga typfallen och som därmed tillhör kategori 1.

Patrik 33 år kommer till Dig på bokad tid. Patrik har den senaste tiden uppmärksamats av polisen då de bland annat påträffat honom en sen kväll på stan, uppenbart påverkad av narkotika. Denna incident ledde till en anmälan till Socialtjänsten.

Patrik har efter gymnasietiden haft en del vikariat men inte lyckats få något fast jobb. För tillfället har han en praktikplats på sin pappas företag. Emellanåt har han uppburit socialbidrag för sin försörjning. Patrik bor tillsammans med sin flickvän i hennes hyreslägenhet. Flickvännen är gravid i sjunde månaden.

Vid samtalet berättar Patrik att det händer att han röker hasch på helgerna. Han säger att det är möjligt att konsumtionen ökat den senaste tiden men Patrik anser sig inte vara i behov av vård. Han framhåller att han har välordnat liv med flickvän och många vänner som ej är missbrukare. Patrik har aldrig tidigare varit i kontakt med missbruksvården.

I tabellen nedan följer fördelningen av respondenternas val av insatser.

Tabell 3. Vinjett 3: Respondenternas val i första, andra och tredje hand. I antal svar.

Vinjett 3			
Val av insats	1	2	3
Ytterligare utredande samtal	6	1	
Hänvisning till annan vårdgivare (landsting)	1		1
Motiverande samtal under en begränsad period	3	5	
Rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal på mottagning	2	2	1
Ansökan/remittering till avgiftning			
Läkemedelsassisterad behandling			
Försökslägenhet/träningslägenhet			
Särskilt boende			
Kontaktperson			

Öppenvårdsprogram (inriktning på arbetsträning)			1
Öppenvårdsprogram (inriktning på behandling)			1
Familjehem			
Behandlingshem			
Ansökan om tvångsvård			
Anhörigverksamhet			
Kontakter med/remittering till annan myndighet eller frivillig organisation		1	2
Ingen insats eller vård alls		1	1
Annat, ange vad:	1		
Ej svar:		3	5
Antal:	13	13	13

I vinjett 3 erbjuds Patrik i första hand de tre samtalsalternativen; *ytterligare utredande samtal, motiverande samtal under en begränsad period och rådgivning, stöd- eller behandlingssamtal på mottagning*. I andra- och tredjehand tillkommer valet att erbjuda *kontakter med/remittering till annan myndighet eller frivillig organisation, hänvisning till annan vårdgivare* samt deltagande i *öppenvårdsprogram med inriktning på behandling eller arbetsträning*.

4.1.3.1 Sammanfattning av motiveringar till val av insats

Patrik har ingen insikt och vill ej ha hjälp. ”Vår verksamhet är frivillig fram till dess att skäl för LVM föreligger.” ”Då Patrik ska bli pappa är det av vikt att inte bara släppa ärendet utan uppföljning. Om Patrik är villig till fortsatt kontakt är det bra med motiverande samtal och rådgivning/stöd med mål om att han ansöker om avgiftning och blir helt fri från sitt haschmissbruk.” En anmälan till Barn och Familj bör göras då Patrik ska bli pappa och det är även detta man syftar på när man valt svarsalternativet *kontakter/remittering till annan myndighet*.

4.1.4 Vinjett 4

Vinjett 4 handlar om Marie 46 år, en kvinna med ett allvarligt drogbruk och en svår social situation då hon bland annat är bostadslös. Hon tillhör således kategori tre, med den svåraste problematiken.

Marie är 46 år och har injicerat heroin sedan 10 år tillbaka och hon använder även amfetamin.

Fram till Marie var i 30-års åldern levde hon tillsammans med sin dotter och försörjde sig genom jobb på Konsum. I samband med att Marie blev uppsagd från sitt arbete började hon dricka allt mer och kom i kontakt med ett gäng heroinister.

Marie tappade fotfästet i vardagen och hennes dotter togs ifrån henne och placerades hos en nära släkting. Marie förlorade sitt boende och bor nu runt på härbärgen och på allmänna platser. För att finansiera sina droger prostituerar hon sig. De få vänner Marie har är själva prostituerade eller använder narkotiska preparat.

Marie har tidigare vårdats många gånger på behandlingshem för sin narkotikaanvändning, senast för två år sedan men har inte lyckats hålla sig drogfri.

Marie vill nu ha Din hjälp med att få ordning på sitt liv och kunna leva utan sina droger. Hon vill göra det för sin dotters skull.

I tabellen nedan följer fördelningen av respondenternas val av insatser.

Tabell 4. Vinjett 4: Respondenternas val i första, andra och tredje hand. I antal svar.

Vinjett 4			
Val av insats	1	2	3
Ytterliggare utredande samtal	12		
Hänvisning till annan vårdgivare (landsting)			
Motiverande samtal under begränsad period		3	
Rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal på mottagning		1	
Ansökan/remittering till avgiftning	1	3	
Läkemedelsassisterad behandling			3
Försökslägenhet/träningslägenhet			
Särskilt boende		1	2
Kontaktperson			
Öppenvårdsprogram (inriktning på arbetsträning)			
Öppenvårdsprogram (inriktning på behandling)			1
Familjehem			
Behandlingshem		3	2
Ansökan om tvångsvård			
Anhörigverksamhet			
Kontakter med/remittering till annan myndighet eller frivillig organisation			
Ingen insats eller vård alls			
Annat, ange vad:			
Ej svar:		2	5
Antal:	13	13	13

I vinjett fyra dominerar *ytterligare utredande samtal* då alla utom en respondent gjort detta val. Tittar vi på andrahandsvalet är svaren lite mer blandade och där är det *ytterligare utredande samtal*, *motiverande samtal* och *ansökan/remittering till avgiftning* som är de insatser som flest respondenter svarat. På tredjehandsvalet är läkemedelsassisterad behandling först följt av *särskilt boende* och *behandlingshem*.

4.1.4.1 Sammanfattning av motiveringar till val av insats

Maries problematik ses som allvarlig med gravt narkotikamissbruk och prostitution. En sammanfattande motivering av att välja behandlingshem är ”Hon ska absolut till behandlingshem eftersom hennes problem är allvarliga.” Överlag ses öppenvård som uteslutet på grund av att Marie saknar eget boende. Särskilt boende erbjuds därför och för att man vill utreda hennes motivation. Det som framkommer och talar emot behandlingshem är att hon tidigare vårdats på sådan institution ett flertal gånger dock utan att ha lyckats hålla sig drogfri. Motiveringen till läkemedelsassisterad behandling är att många heroinister har svårt att stå emot suget och då skulle detta kunna vara ett alternativ.

4.1.5 Vinjett 5

Vinjett nummer fem handlar om en man som, enligt den andra kategorin, har en allvarligare konsumtion och social situation än den redan beskrivna situationen i vinjett 3.

Markus 24 år kommer till Dig tillsammans med sin äldre bror. Brodern är mycket orolig för Markus alkoholkonsumtion som ökat kraftigt den senaste tiden. För tillfället bor Markus hos sin bror som arbetar som byggnadsarbetare.

Markus var i tonåren föremål för en LVU (lagen om vård av unga) utredning på grund av sitt våldsamma beteende och kraftiga alkoholkonsumtion. Dock blev det inget omhändertagande.

Markus har precis förlorat jobbet som reparatör på en el-firma på grund av att han kommit berusad till jobbet upprepade gånger samt även uteblivit helt vid ett flertal tillfällen.

Markus hamnar ofta i slagsmål när han dricker och är ute med sina kompisar men säger att han inte brukar minnas så mycket efter att han har druckit alkohol.

Markus tycker inte att hans stora alkoholkonsumtion är något problem utan problemet är att han inte har någon egen bostad.

Brodern deklarerar tydligt att han vill att Markus får hjälp med sina alkoholproblem.

I tabellen nedan följer fördelningen av respondenternas val av insatser.

Tabell 5. Vinjett 5: Respondenternas val i första, andra och tredje hand. I antal svar.

Vinjett 5			
Val av insats	1	2	3
Ytterligare utredande samtal	10	1	
Hänvisning till annan vårdgivare (landsting)			
Motiverande samtal under en begränsad period	2	7	
Rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal på mottagning	1	3	
Ansökan/remittering till avgiftning			
Läkemedelsassisterad behandling			
Försökslägenhet/träningslägenhet			
Särskilt boende			1
Kontaktperson			
Öppenvårdsprogram (inriktning på arbetsträning)			
Öppenvårdsprogram (inriktning på behandling)			7
Familjehem			
Behandlingshem			
Ansökan om tvångsvård			
Anhörigverksamhet			1
Kontakter med/remittering till annan myndighet eller frivillig organisation			1
Ingen insats eller vård alls			
Annat, ange vad:			
Ej svar:		2	3
Antal:	13	13	13

I vinjett 5 erbjuder respondenterna i första hand *ytterligare utredande samtal, motiverande samtal under en begränsad period samt rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal på mottagning*. Insats i form av *öppenvårdsprogram med inriktning på behandling, särskilt boende, anhörigverksamhet* samt *kontakter med/remittering till annan myndighet eller frivillig organisation* tillkommer i respondenternas tredjehandsval.

4.1.5.1 Sammanfattning av motiveringar till val av insats

Respondenterna vill erbjuda ytterligare utredande samtal för att få en bild av missbrukets omfattning. Motiverande samtal erbjuds då allt handlar om att få insikt och genom den förändra sitt beteende. ”Erbjuda motiverande samtal och locka med nyktert stödboende.” Motivering till öppenvård är att om Markus kan komma till insikt och bli villig till en förändring i sitt drickande, kan öppenvård vara det bästa alternativet. Öppenvård kan fungera då Markus har bostad och ett visst nätverk. Man erbjuder brodern hjälp i form av anhörigverksamhet.

4.1.6 Vinjett 6

I Vinjett 6 får vi möta Irene som är 33 år. Irene är en kvinna med ett lättare drogbruk, kategori 1, och med en ordnad social situation.

Irene 33 år kommer till Dig efter att hennes sambo bokat en tid. Sambon är orolig över Irenes ökande konsumtion av narkotika.

Irene jobbar sedan studenten på en fabrik. På fabriken är de ett gäng som hållit ihop i många år och de brukar ofta gå ut och festa på helgerna. Tidigare drack Irene endast alkohol men de senaste åren har hon börjat använda narkotika på festerna. Främst har det varit hasch men hon har även tagit kokain någon gång.

Irene bor tillsammans med sin sambo och deras 7-åriga son i en hyresrätt.

Irene säger sig ha kontroll över sin konsumtion och är tveksam till vård. Hennes sambo däremot anser att hon är i behov av någon form av vård och behandling för sin konsumtion av narkotika. Irene har inte tidigare fått någon vård eller behandling.

I tabellen nedan följer fördelningen av respondenternas val av insatser.

Tabell 6. Vinjett 6: Respondenternas val i första, andra och tredje hand. I antal svar.

Vinjett 6			
Val av insats	1	2	3
Ytterliggare utredande samtal	10		
Hänvisning till annan vårdgivare (landsting)			
Motiverande samtal under begränsad period	1	6	
Rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal på mottagning	2	2	3
Ansökan/remittering till avgiftning			
Läkemedelsassisterad behandling			
Försökslägenhet/träningslägenhet			

Särskilt boende			
Kontaktperson			
Öppenvårdsprogram (inriktning på arbetsträning)			
Öppenvårdsprogram (inriktning på behandling)		3	3
Familjehem			
Behandlingshem			
Ansökan om tvångsvård			
Anhörigverksamhet			1
Kontakter med/remittering till annan myndighet eller frivillig organisation		1	2
Ingen insats eller vård alls			
Annat, ange vad:			1
Ej svar:		1	3
Antal:	13	13	13

Förstahandsvalet till vinjett 6 är *ytterligare utredande samtal*. Andrahandsvalet domineras av *motiverande samtal under en begränsad period*. I tredje hand har respondenterna valt *rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal på mottagning och öppenvårdsprogram med inriktning på behandling i störst utsträckning*.

4.1.6.1 Sammanfattning av motiveringar till val av insats

Respondenterna anger att det krävs ytterligare utredande samtal för att kartlägga Irenes missbruk. Motiverande samtal vill man använda sig av för att få till en förändring och för att Irene ska få ökad insikt av sin situation. Man vill erbjuda rådgivnings- och stödsamtal då det behövs för att Irene ska förstå allvaret av användandet av hasch och kokain. Då Irene har en 7-årig son väljer mer än hälften av respondenterna att kontakta barnenheten inom socialtjänsten för stöd och utredning. ”Det faktum att Irene har barn gör att jag hade varit mer enträgen än vad jag varit annars med någon som själv tvekar.” Öppenvård motiveras med att Irene är socialt förankrad då hon har sambo, jobb och bostad. Svartalernativet anhörigverksamhet väljs då man menar att även Irenes sambo behöver hjälp.

4.2 Enkät 2: Personspecifika egenskaper

För att förmedla en bild av våra respondenter har vi i tabell 7 sammanställt våra respondenters personspecifika egenskaper såsom deras ålder, kön, typ av befattning, utbildning samt deras yrkeserfarenhet av arbete med missbrukare.

Tabell 7.

Ålder:	Antal
Upp till 29 år	1
30 – 39 år	6
40 – 49 år	3
50 år och äldre	2
Ej svar	1
Totalt	13
Kön:	
Man	4
Kvinna	8
Ej svar	1
Totalt	13
Typ av befattning:	
Socialsekreterare	12
Ej svar	1
Totalt	13
Utbildning:	
Socionomutbildning:	10
Annan utbildning	2
Ej svar	1
Totalt	13
Yrkeserfarenhet av arbete med missbrukare:	
0 – 2	2
3 – 6	4
7 – 10	3
11 – 15	0
16 -	2
Ej svar	2
Totalt	13

4.2.1 Bakomliggande orsaker till drogmissbruk

Respondenterna fick svara på vilken/vilka orsaker de anser ligger bakom ett missbruk.

De fick välja ett eller högst tre alternativ. Svaren fördelade sig som följer i tabell 8.

Tabell 8.

Bakomliggande orsaker till drogmissbruk.	Antal
Kamratpåverkan/grupptryck	7
Inlärt beteende	1
Sociala förhållanden	7
Individuella psykiska problem	6
Uppväxtmiljön	10
Genetiska faktorer	2
Tillgänglighet till droger	2
Missbruket är en sjukdom	1
Förklaring saknas	0

I tabellen kan man utläsa att den dominerande uppfattningen är att kamratpåverkan/grupptryck, sociala förhållanden, individuella psykiska problem och uppväxtmiljön är huvudsakliga bakomliggande orsakerna till ett drogmissbruk.

4.2.2 Är det missbrukarens eget ansvar att söka vård?

Respondenterna fick ta ställning till om de anser att det är missbrukarens eget ansvar att själv söka vård eller behandling för sitt missbruk. I nedanstående tabell redovisas svaren.

Tabell 9.

Det är missbrukarens eget ansvar att själv söka vård eller behandling mot sitt missbruk.	
	Antal
Instämmer helt	2
Instämmer delvis	10
Varken eller	0
Tar delvis avstånd	0
Tar helt avstånd	0
Ej svar	1
Totalt	13

Majoriteten av respondenterna svarade att de instämmer delvis i påståendet. Ett fåtal svarade att de instämmer helt. Respondenter som delvis instämmer i att det är missbrukarens eget ansvar att själv söka vård har bland annat gjort följande motiveringar till sin åsikt: ”Det är alltid bäst om missbrukaren själv söker hjälp men eftersom motivationen inte alltid finns där gör ofta även anhöriga eller myndighetspersoner en anmälan”. ”Några behöver ibland en knuff i rätt riktning”.

4.2.3 Måste missbrukaren vara motiverad för att behandlingen ska fungera?

Respondenterna fick svara på frågan om behandling endast fungerar om den som behandlas vill det. I tabell 10 redovisas deras svar.

Tabell 10.

Behandling mot missbruk fungerar endast om den som behandlas vill det.	
	Antal
Instämmer helt	5
Instämmer delvis	7
Varken eller	0
Tar delvis avstånd	0
Tar helt avstånd	0
Ej svar	1
Totalt	13

Instämmer helt eller instämmer delvis dominerar respondenternas svar. De respondenter som helt instämmer i att missbrukaren måste vara motiverad för att en behandling ska fungera, motiverar bland annat sitt svar som följer: ”Det går inte att hjälpa någon som inte vill ha hjälp”. ”Det är missbrukaren själv som ska göra jobbet, sedan finns jag och andra som är behjälpliga”. Våra respondenter som delvis instämmer i påståendet motiverar till exempel det med: ”Ibland är det rätt att putta på lite, personen blir kanske inte ”botad” första vändan men får ökad insikt om sina problem, vilket kan bära frukt längre fram”. ”LVM – tvångsvård, kan ibland vara början till en bra behandling på frivillig väg men inte alltid. Bäst resultat nås alltid om klienten själv vill och är motiverad till behandling”.

4.2.4 Hjälper behandling alla missbrukare?

Respondenterna ställdes inför frågan om de anser att det finns framgångsrika behandlingar som hjälper alla drogmissbrukare. Svaren fördelade sig som följer.

Tabell 11.

Det finns framgångsrika behandlingar som kan hjälpa <u>alla</u> missbrukare att bli av med sitt drogmissbruk.	
	Antal
Ja	1
Nej	11
Ej svar	1
Totalt	13

De flesta av respondenterna anser att det inte finns någon behandling som kan hjälpa alla drogmissbrukare. Övergripande betonar respondenterna att människor är olika och det krävs individuella lösningar för var och en. Det finns inga framgångsrika behandlingar om inte klienten vill själv. Den som svarat att det finns framgångsrika

behandlingar som kan hjälpa alla har motiverat detta med att det finns det bara missbrukaren är motiverad.

4.2.5 Hjälper behandling vissa missbrukare?

Respondenterna ställdes även inför frågan om de anser att det finns framgångsrika behandlingar som hjälper vissa drogmissbrukare.

Tabell 12.

Det finns framgångsrika behandlingar som kan hjälpa <u>vissa</u> missbrukare att bli av med sitt drogmissbruk.	
	Antal
Ja	12
Nej	0
Ej svar	1
Totalt	13

Alla respondenter anser att det finns framgångsrika behandlingar som kan hjälpa vissa missbrukare att bli av med sitt drogmissbruk. Kommentarer till svaren är bland annat att behandlingar som leder till ny gemenskap såsom till exempel tolvstegsbehandling hjälper många klienter med missbruksproblem. En fungerande relation mellan behandlare och klient främjar ett gott behandlingsresultat.

4.3 Vem erbjuder vilken vård?

Vi har i vår studie utgått från ett generellt antagande om att socialsekreterarnas bedömningar kan påverkas av deras bakgrund, arbetsförhållanden och uppfattningar om missbruksproblem. Vi har här valt att redovisa hur socialsekreterarnas *ålder, kön, yrkeserfarenhet och syn på missbrukare* påverkar deras val av insats i respektive vinjett. Då vårt syfte med undersökningen bland annat var att se om socialsekreterarna tenderar att göra olika bedömningar av missbrukares vårdbehov har vi valt att belysa de skillnader som framkommit i socialsekreterarnas val av insats i förhållande till de personspecifika faktorerna.

4.3.1 Vem erbjuder vilken vård i vinjett 1?

Mannen som beskrevs i vinjett 1 tillhörde vår tredje kategori och representerade den allvarligaste sociala situationen och konsumtionen av droger. I vår undersökning framkommer skillnader i valet av insats mellan våra *ålderskategorier*. Socialsekreterare i åldern 30-39 år har valt att erbjuda insatsen särskilt boende och

behandlingshem vilket ej finns representerat som alternativ hos socialsekreterare i de äldre ålderskategorierna. I åldrarna 40 år och uppåt har man istället valt att erbjuda klienten behandling i öppenvårdsprogram. Skillnaderna kan även härledas till respektive *kön*. Att erbjuda behandlingshem finns endast representerat hos männen men behandling i öppenvårdsprogram finns också med som föreslagen insats. Hos det kvinnliga könet dominerar behandling i öppenvårdsprogram bland behandlingsinsatserna. Att bedöma att klienten i vinjett 1 ska erbjudas rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal samt särskilt boende är de kvinnliga socialsekreterarna ensamma om. När det gäller hur lång *yrkeserfarenhet* man har av arbete med missbrukare framkommer det skillnader i bedömningarna socialsekreterarna emellan. Socialsekreterare som har erfarenhet av arbete med missbrukare 0-6 år har gjort bedömningen att klienten ska erbjudas behandlingshem för sin problematik till skillnad från socialsekreterare med längre erfarenhet av missbruksarbete där behandlingshem ej finns representerat som ett alternativ. Istället väljer man i större utsträckning att erbjuda klienten behandling i öppenvårdsprogram, motiverande samtal samt rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal. De socialsekreterare som anser att det är klientens *eget ansvar att själv söka vård* för sitt missbruk har ej gjort bedömningen att erbjuda insatser i form av till exempel behandlingshem och särskilt boende vilket är representerat hos socialsekreterarna som ser att det delvis är klientens ansvar men inte helt. Socialsekreterare som helt instämmer i att *klienten måste vara motiverad* för att en behandling ska fungera har i större utsträckning valt att erbjuda behandlingsinsatser i form av öppenvårdsprogram och behandlingshem. Hos socialsekreterare som delvis anser att missbrukaren måste vara motiverad för att en behandling ska fungera finns behandlingshem ej representerat. Att erbjuda särskilt boende finns istället med som ett alternativ i denna kategori.

4.3.2 Vem erbjuder vilken vård i vinjett 2?

Vinjett 2 beskrev en ung kvinna som tillhörde vår andra kategori och därmed representerade en allvarlig social situation och konsumtion av droger men ändå tänkt att ha en mindre allvarlig problematik än våra beskrivna personer i vinjett 1 och 4. Socialsekreterarnas bedömningar om vilken insats som ska erbjudas klienten skiljer sig mellan våra *ålderskategorier*. Hos socialsekreterare som befinner sig i ålderskategorin 30-39 år finns valet att erbjuda klienten behandling genom vistelse på behandlingshem eller behandling i öppenvårdsprogram representerat. Dessa

behandlingsalternativ finns ej med som alternativ bland socialsekreterare som tillhör ålderskategorierna 40-49 år och 50 år och äldre. Istället har socialsekreterare i dessa ålderskategorier valt insatsen rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal. I ålderskategorin 40-49 år finns alternativet att erbjuda anhörigverksamhet och hos socialsekreterare i åldern 50 år och äldre finns insats i form av arbetsträning i öppenvårdsprogram representerat. Skillnaderna kan urskiljas mellan respektive *kön*. Valet att erbjuda klienten behandlingshem finns endast representerat hos de manliga socialsekreterarna samt insatsen arbetsträning i öppenvårdsprogram. Medan att erbjuda anhörigverksamhet finns som alternativ hos det kvinnliga könet. Insatser i form av motiverande samtal, behandling i öppenvårdsprogram och rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal finns representerat hos socialsekreterare av båda könen. När det gäller hur lång *yrkeserfarenhet* socialsekreterarna har av arbete med missbrukare framkommer skillnader mellan deras val av insats. Valet att erbjuda klienten vistelse på behandlingshem finns endast representerat hos socialsekreterare med en yrkeserfarenhet på 0-2 år. Att erbjuda behandling i öppenvårdsprogram finns med som ett alternativ i denna kategori och även hos socialsekreterare med en yrkeserfarenhet på 3-6 år. Socialsekreterare med längre erfarenhet har istället i större utsträckning valt att erbjuda klienten motiverande samtal samt rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal. De socialsekreterare som anser att det är klientens *eget ansvar att själv söka vård* har inte valt att erbjuda klienten i vinjett 2 insatser i form av behandlingshem eller behandling/arbetsträning i öppenvårdsprogram till skillnad från dem som anser att det delvis är klientens ansvar. Socialsekreterare som helt instämmer i att *klienten måste vara motiverad* för att en behandling ska fungera har valt att erbjuda klienten i vinjett 2 avgiftning samt vistelse på behandlingshem vilket inte finns representerat hos socialsekreterare som delvis anser att klienten måste vara motiverad.

4.3.3 Vem erbjuder vilken vård i vinjett 3?

Klienten i vinjett 3 tillhörde vår första kategori och representerade således den med minst allvarlig social situation och konsumtion av droger. Vi kan urskilja vissa skillnader i socialsekreterarnas bedömningar i vinjett 3 beroende på vilken *ålderskategori* de tillhör. Behandling i öppenvårdsprogram finns till exempel endast representerat i ålderskategorin 30-39 år. Att ta kontakt/remittera till annan myndighet finns som ett alternativ hos socialsekreterare i åldern 30-39 år samt 40-49 år. Även

alternativet att inte erbjuda någon insats eller vård alls finns representerat i dessa två kategorier. Socialsekreterare som tillhör kategorin 50 år och äldre väljer att erbjuda klienten motiverande samtal, arbetsträning i öppenvårdsprogram samt rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal. Skillnaderna kan vi härleda till respektive *kön*. Insats i form av behandling i öppenvårdsprogram samt arbetsträning finns endast representerat hos de manliga socialsekreterarna. Insatsen hänvisning till annan vårdgivare (landsting) finns representerat hos båda könen medan kontakt med/remittering till annan myndighet endast har setts som ett alternativ av de kvinnliga socialsekreterarna. Bedömningarna skiljer sig också åt sett utifrån hur lång *yrkeserfarenhet* socialsekreterarna har av arbete med missbrukare. Att erbjuda klienten i vinjett 3 behandling i öppenvårdsprogram finns endast representerat hos socialsekreterare med en yrkeserfarenhet på 0-2 år. Socialsekreterare som har en längre tids erfarenhet av arbete med missbrukare väljer istället i större utsträckning att erbjuda klienten motiverande samtal samt rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal. De socialsekreterare som har längst erfarenhet av missbruksarbete (16 år och uppåt) har till skillnad från sina kollegor ej valt alternativet att kontakta/remittera till annan myndighet eller hänvisa till annan vårdgivare (landsting). De socialsekreterare som anser att det är klientens eget *ansvar att själv söka vård* erbjuder klienten i vinjett 3 motiverande samtal samt ”annat” vilket i det här fallet är att kontakta Barn- och Familjenheten med anledning att det snart finns ett barn i familjen. Övriga socialsekreterare som anser att det delvis är klientens ansvar har valt att erbjuda klienten en större mängd av insatser i form av till exempel behandling i öppenvårdsprogram och rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal. Här finns även alternativet att välja att inte erbjuda någon insats eller vård alls representerat. Att erbjuda klienten i vinjett 3 behandling i öppenvårdsprogram finns endast representerat hos de socialsekreterare som anser att *klienten måste vara motiverad* för att en behandling ska fungera. De som anser att klienten endast delvis måste vara motiverad har i större utsträckning valt att erbjuda rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal. Insats i form av motiverande samtal erbjuds i stor utsträckning av socialsekreterare tillhörande båda kategorierna.

4.3.4 Vem erbjuder vilken vård i vinjett 4?

I vår fjärde vinjett beskrev vi en kvinna som skulle representera kategori tre, det vill säga en klient med den allvarligaste sociala situationen och konsumtion av droger.

Valet av insatser varierar mellan socialsekreterarna beroende på vilken *ålderskategori* de tillhör. Socialsekreterare i åldern 30-39 år samt 40-49 år bedömer att klienten ska erbjudas behandlingshem till skillnad från socialsekreterare tillhörande ålderskategorin 50 år och äldre som istället väljer att erbjuda behandling i öppenvårdsprogram. Vi kan urskilja att det i större utsträckning är socialsekreterare i åldrarna 30-39 år som väljer insats i form av behandlingshem än socialsekreterare i ålderskategorin 40-49 år. Socialsekreterare i den yngsta ålderskategorin (30-39 år) har även till skillnad från äldre kollegor valt att erbjuda läkemedelsassisterad behandling. Insats i form av särskilt boende ses som ett alternativ i ålderskategorierna 30-39 år samt 40-49 år, vilket ej finns representerat hos socialsekreterarna i kategorin 50 år och äldre. Skillnaderna i bedömningarna kan dras till respektive *kön*. Att välja att erbjuda behandling i öppenvårdsprogram finns endast representerat hos de manliga socialsekreterarna. Insats i form av särskilt boende har tagits upp som ett alternativ på insats av de kvinnliga socialsekreterarna vilket ej finns representerat hos de manliga. När det gäller hur lång *yrkeserfarenhet* socialsekreterarna har av arbete med missbrukare kan vi se vissa skillnader i deras bedömningar. Socialsekreterare som har arbetat med missbrukare i 0-2 år respektive 3-6 år har insats i form av behandlingshem representerat till skillnad från socialsekreterare som har en längre erfarenhet. Hos de socialsekreterare som har en yrkeserfarenhet på 16 år och mer har istället valt behandling i öppenvårdsprogram. Läkemedelsassisterad behandling och särskilt boende ses ej som ett alternativ i denna kategori vilket finns representerat hos socialsekreterare med kortare yrkeserfarenhet. Bland de socialsekreterare som anser att det är *klientens eget ansvar att själv söka vård* erbjuder man klienten i vinjett 4 motiverande samtal tillsammans med ytterligare utredande samtal. Övriga insatser finns representerade hos de socialsekreterare som anser att det delvis är klientens ansvar att söka vård men inte helt. Att välja att erbjuda klienten i vinjett 4 behandlingshem, är i större utsträckning representerat hos socialsekreterare som anser att *klienten måste vara motiverad* för att en behandling ska fungera än bland socialsekreterare som delvis anser att klienten måste vara motiverad. Hos socialsekreterare som delvis anser att klienten måste vara motiverad erbjuder man, till skillnad från den första kategorin, insatser i form av särskilt boende, behandling i öppenvårdsprogram samt rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal.

4.3.5 Vem erbjuder vilken vård i vinjett 5?

Klienten i vinjett 5 tillhör kategori två med en social situation och konsumtion av droger som är tänkt att vara allvarligare än klienterna som tillhör vår första kategori men mindre allvarlig än kategori tre. Vi kan se att valet av insatser varierar mellan *ålderskategorierna*. Socialsekreterare som tillhör kategorin 30-39 år och 40-49 år, väljer att erbjuda klienten behandling i öppenvårdsprogram vilket inte förekommer som ett alternativ hos socialsekreterare i åldern 50 år och äldre. I denna ålderskategori (50 år och äldre) väljer man insatser i form av anhörigverksamhet samt kontakt med/remittering till annan myndighet vilket i sin tur inte förekommer som alternativ i de lägre ålderskategorierna. Skillnader kan även ses utifrån vilket *kön* socialsekreteraren har. Hos det manliga könet finns insatser i form av anhörigverksamhet samt kontakter med/remittering till annan myndighet vilka inte finns representerade hos de kvinnliga socialsekreterarna. Att erbjuda särskilt boende finns dock endast som ett alternativ bland socialsekreterare av det kvinnliga könet. När det gäller hur lång *yrkeserfarenhet* socialsekreterarna har av arbete med missbrukare kan vi se skillnader mellan våra olika kategorier och deras val av insats. Valet att erbjuda behandling i öppenvårdsprogram finns representerat i alla kategorier förutom hos de socialsekreterare som har längst erfarenhet, det vill säga 16 år och uppåt. Vi kan även se att de med kortare erfarenhet (0-2 år och 3-6 år) i större utsträckning har valt alternativet behandling i öppenvårdsprogram än socialsekreterare med längre tids erfarenhet av missbruksarbete. Bland socialsekreterarna med den längsta erfarenheten (16 år och uppåt) finns till skillnad från övriga kategorier, insatser i form av anhörigverksamhet samt kontakt med/remittering till annan myndighet representerade. Socialsekreterare som anser att det är *klientens eget ansvar att själv söka vård* väljer att erbjuda klienten i vinjett 5 anhörigverksamhet och särskilt boende vilket inte finns representerat som alternativ hos socialsekreterare som delvis anser att det är klientens eget ansvar. Bland dessa socialsekreterare finns istället alternativet att erbjuda behandling i öppenvårdsprogram, kontakt med/remittering till annan myndighet och rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal. De socialsekreterare som anser att klienten måste vara motiverad för att en behandling ska fungera har insatserna anhörigverksamhet och särskilt boende representerade som alternativ till skillnad från de socialsekreterare som delvis instämmer i att klienten måste vara motiverad. Bland dem som delvis instämmer ses istället kontakt med/remittering till

annan myndighet och rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal som alternativ i ärendet.

4.3.6 Vem erbjuder vilken vård i vinjett 6?

I vinjett 6 beskrevs en klient som enligt vår kategorisering skulle representera den med minst allvarlig social situation och konsumtion av droger. Vi kan se att valet av insatser inte skiljer sig mellan socialsekreterarna i lika stor utsträckning som i tidigare vinjetter men vissa skillnader kan vi ändå urskilja. Socialsekreterare som tillhör *ålderskategorin* 40-49 år har till skillnad från övriga kategorier insatsen anhörigverksamhet representerad. Socialsekreterare i denna ålderskategori har däremot ej valt alternativet kontakt med/remittering till annan myndighet vilket finns representerat i de yngre och äldre ålderskategorierna. Den skillnad som vi kan se mellan *könen* när det gäller valet av insats är att bland de kvinnliga socialsekreterarna finns insats i form av anhörigverksamhet representerad. När det gäller hur lång *yrkeserfarenhet* socialsekreterare har av arbete med missbrukare ser vi en skillnad mellan socialsekreterare med minst erfarenhet (0-2 år) och de med längre tids erfarenhet. Bland de socialsekreterare som har en yrkeserfarenhet med missbrukare 0-2 år finns inte alternativet med att kontakta/remittera till annan myndighet. I kategorin 3-6 år finns anhörigverksamhet representerat till skillnad från övriga kategorier. Socialsekreterare med en yrkeserfarenhet på 7-10 år har ej valt att erbjuda klienten rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal. Socialsekreterare som anser att det är *klientens eget ansvar att själv söka vård* har till skillnad från de socialsekreterare som delvis anser att det är klientens eget ansvar, ej valt att erbjuda klienten i vinjett 6 insatser i form av behandling i öppenvårdsprogram, anhörigverksamhet eller rådgivning, stöd-, eller behandlingssamtal. En skillnad som vi kan se av valet av insats mellan socialsekreterare som anser att *klienten måste vara motiverad* för att en behandling ska fungera och de som delvis anser att klienten måste vara motiverad, är att insats i form av anhörigverksamhet inte finns representerad hos socialsekreterare som helt anser att klienten måste vara motiverad.

4.3.7 Hur påverkas insatsvalet av socialsekreterarnas syn på orsaker bakom missbruk?

I vår studie kan vi ej finna några direkta mönster mellan vad våra respondenter anser är bakomliggande orsaker till missbruk och deras val av insats. De fick välja att ta

med tre orsaker som de anser kan ligga bakom ett missbruk och kombinationen av orsaker varierar mellan alla våra respondenter. På så vis såg vi det som en omöjlighet för oss att sammanställa deras val i förhållande till deras bedömningar av insatsval. Socialstyrelsen kunde i sin undersökning (2004a) peka på att insatsvalen påverkades av vad respondenterna menade att orsaken till missbruk är och man nämnde att speciellt orsaken *individuella psykiska problem*. Socialstyrelsen (2004a) tog även upp att om man hyser uppfattningen att missbruk är en fråga om *tillgänglighet* är man kanske mer benägen att välja alternativ som utesluter mer behandlingsorienterade alternativ. Detta påstående saknar dock belägg i vår undersökning då insatser som behandlingshem, öppenvårdsprogram och motiverande samtal finns representerat hos de respondenter som anser att *tillgänglighet* är en bakomliggande orsak till missbruk.

4.3.8 En sammanfattande överblick

Vi har undersökt om socialsekreterarnas ålder, kön, yrkeserfarenhet och syn på missbrukare påverkar deras val av insats. Vi har valt att belysa vilka skillnader som förekommer bland insatsvalen och socialsekreterarna emellan då vår frågeställning bland annat var att se om socialsekreterarna tenderar att göra olika bedömningar utifrån våra vinjetter. Vi kan utifrån vårt material inte dra några omfattande slutsatser, dock kan vi urskilja vissa mönster. Vi har sett att det förekommer vissa skillnader av insatsval mellan socialsekreterarna. Utifrån bedömningar av våra vinjetter kan vi se att yngre socialsekreterare gör andra val av insatser än sina äldre kollegor. Männen i vår undersökningsgrupp gör i viss mån andra bedömningar av vinjettpersonernas behov än kvinnorna. Socialsekreterare med liten yrkeserfarenhet gör även de andra val än de med längre yrkeserfarenhet. Av vår sammanställning kan vi även anta att socialsekreterarnas egna attityder och syn på missbrukare till viss del påverkar dem i deras val av insats.

4.4 Sammanställning av intervjuer

4.4.1 Beskrivning av verksamheten

Vuxenenheten vi varit i kontakt med ligger under Socialnämnden. Högst upp sitter verksamhetschefen och hans ledningsgrupp. Sedan är det uppdelat i fyra block med vardera en enhetschef. De fyra blocken är vuxenenhet, boendenhet, insatsenhet och socialpsykiatri.

Sammanlagt arbetar 16 socialsekreterare på vuxenenheten och cirka fem hemterapeuter. Rent fysiskt sitter de på två ställen men de räknas som en grupp. Över sig har de en enhetschef som är deras närmaste arbetsledare. Tidigare var man indelade i tre vuxenenheter med varsin enhetschef. En av våra respondenter menade att det var bättre tidigare eftersom man hade närheten till chefen. Medan en annan respondent menade att enhetscheferna inte var så bra sammanpratade och hade olika budskap vilket ledde till att det var olika regler som gällde på de olika enheterna. På ett ställe fick man igenom en sak men på det andra gick det inte.

Verksamheten vänder sig i första hand till vuxna missbrukare men även till människor med sociala handikapp. Socialsekreterarna ska utreda vilket missbruk som förekommer, hur klientens medicinska-, sociala- och psykologiska situation ser ut samt vilken behandling som kan vara lämplig. Detta ska göras med utgångspunkt från klientens önskemål. Socialsekreterarna har ingen delegation på att fatta beslut utan det är enhetschefen som tar besluten utefter socialsekreterarnas utredningar och bedömningar.

4.4.2 Verksamhetens resursutbud

Verksamheten har i staden tillgång till öppenvårdsbehandling där man arbetar efter 12-stegsmodellen. Inom verksamheten kan man erbjuda olika former av samtalskontakt. I staden finns en mottagning för alkoholister där man kan gå på samtal och även få antabus. Inom landstinget finns det en beroende- och metadonmottagning. Klienterna är aktuella inom verksamheten och man har gemensam uppföljning. Vuxenenheten har tillgång till ett team där man får hjälp att göra utredningar när en klient har vissa psykiska problem och man behöver hjälp med att se vilket som är missbruk och vilket som är det psykiska. Samarbete sker även med socialpsykiatri. Verksamheten har till sitt förfogande ett antal boenden. Det finns boenden för bostadslösa klienter som kan ha både missbruksproblem och psykiska problem. Verksamheten har både tillgång till boenden där man inte ställer krav på nykterhet och boenden där total nykterhet råder. I samband med att man bor på ett nyktert boende har klienten någon form av sysselsättning eller deltar i någon behandling. Genom ramavtal har verksamheten även tillgång till olika behandlingshem runt om i landet.

4.4.3 Finns det gemensamma strategier att arbeta efter?

Vi fick ta del av ett dokument om vuxenomsorgens uppgift inom missbrukarvården.

Där fanns det tre policier för hur arbetet med missbrukare skulle se ut. Dessa var:

Matchning. Alla insatser ska präglas av god matchning med de behov som finns samt även bygga på individens aktiva medverkan. Det ska ske en samverkan mellan de instanser som är involverade i rehabiliteringen utifrån det grundläggande ansvar som var och en har.

Lösningar på hemmaplan. Placeringar på institution ska vara väl underbyggda. I första hand ska klienten kunna få behandling i sin egen närmiljö för att på så sätt kunna behålla en kontinuitet i sin livssituation och överbygga den klyfta som finns mellan behandling och eftervård.

Rehabilitering. Arbetet ska inriktas på åtgärder där den enskildes förmåga till självständighet och livskvalitet ska stärkas.

Respondenterna säger att det finns ett fåtal riktlinjer att jobba efter. Jobbet är väldigt individuellt, bedömningarna av klienterna är individuella. Men att i första hand välja hemmaplanslösningar finns hos alla. En av respondenterna säger att tjuvningen med jobbet är att det inte finns så många riktlinjer som styr. Det gäller att kunna möta allt och vara så flexibel som möjligt.

Respondenterna påpekar att det är viktigt att det finns en gemensam syn på olika saker. Den ena gruppen kan inte ha en syn på och den andra en annan. Det som bidrar till enhetlighet är att alla socialsekreterarna har samma chef och det är chefen som fattar besluten. Men som de poängterar "det är individuella bedömningar".

4.4.4 När anser våra respondenter att ett missbruk föreligger?

Respondenterna är relativt eniga om att när man tappar kontrollen och drogen tar över då kan man tala om att ett missbruk föreligger. När det går ut över familj, jobb, skola, kompisar och så vidare, då är det ett problem. Någon förlorar sin bostad men fortsätter ändå då är det ett missbruk. Livet spårar ur och man får negativa konsekvenser. Men sen finns det även de människor som sitter hemma och dricker varje kväll men klarar ändå att sköta det sociala som jobb, familj och så vidare. Detta bör också räknas som missbruk då det styr personens liv så pass mycket och det är tvångsmässigt beteende.

4.4.5 Sker det ett kunskapsutbyte i verksamheten?

Enligt våra respondenter, träffas arbetsgruppen varje vecka för att diskutera och ge synpunkter på varandras ärenden. Varannan vecka sker ett utbyte arbetsgrupperna emellan då man träffas för ett gemensamt möte. Arbetsgruppen har handledning av en socionom varannan vecka där man också har möjlighet att diskutera ärenden med varandra och få råd. Vidareutbildning sker även i verksamheten och en uppdatering av kunskaper på missbruksområdet sker kontinuerligt.

4.4.6 Vad är god kvalitet?

Det förekom delade meningar bland våra respondenter på frågan vad som anses vara god kvalitet i deras arbete. Man ansåg bland annat att god kvalitet är när människorna som kommer till vuxenheten känner att någon lyssnar och tar dem på allvar. De ska känna att det är någon som bryr sig och då går det att samarbeta runt personens problem. För att kunna skapa god kvalitet kan man inte ha för många ärenden. För att arbetet ska vara av god kvalitet krävs att man har tid att skapa förtroende hos klienten. Detta är viktigt för utan förtroende går det inte att påverka någon.

Dock menar man att det är svårt att utvärdera verksamheten. Får en klient ett avslag är man inte speciellt populär men ger man klienten det den vill ha så är socialsekreteraren bra. Det har gjorts enkäter där klienterna fått fylla i om de är nöjda med socialsekreteraren, behandlingen och så vidare.

4.4.7 Hur påverkar verksamhetens resurser bedömningarna?

Våra respondenter uppger att de i sitt arbete påverkas mycket av den begränsade ekonomin verksamheten har. Politikerna ställer upp direktiv för hur man ska arbeta inom verksamheten. Vissa kategorier är prioriterade som till exempel ungdomar och unga kvinnor med barn. Verksamheten ska också i första hand jobba för hemmaplanslösningar. Idag krävs det en väldigt god motivering till varför man vill placera en klient på ett behandlingshem och då ska hemmaplanslösning vara helt uteslutet. Ekonomin måste man således hela tiden ha med i tankarna när man gör sin bedömning för att kunna få ett godkänt beslut av valet av insats. Samtidigt som respondenterna uppger att de i viss mån känner sig begränsade av att de i första hand är hänvisade till behandlingar på hemmaplan så är de ändå överlag positiva till hemmaplanslösningar då de anser att verksamheten har ett gott resursutbud.

4.4.8 Vad tror våra respondenter påverkar deras bedömningar?

Verksamhetens resurser anger våra respondenter som en faktor som till stor del påverkar deras bedömningar. Vilken personlighet man har som socialsekreterare anser man är en annan faktor som påverkar. Till exempel om man som socialsekreterare är konflikträdd så går man inte gärna in i konflikter och står kanske inte på sig för att få igenom sin bedömning av ett ärende. Således kan det spela roll vilken handläggare man har som klient, enligt vår respondent. Hur lång yrkeserfarenhet man har tror våra respondenter påverkar vilka bedömningar man gör. Ju längre tid man arbetar desto mer erfarenhet får man genom att delta i handledning och utbyte av kunskap kollegor emellan och så vidare. Utbildning är en annan faktor som förs fram. Man menar att när man precis börjat arbeta så har man ju inte erfarenheten utan ens utbildning och hur man är som person påverkar till stor del när man gör sina bedömningar. En del socialsekreterare har en annan utbildning som grund för arbetet och synsättet på klienten kan således skilja sig åt. Som ett exempel nämns socialpedagoger som sägs vara mer vana att arbeta på hemmaplan, jobba närmare i relation till klienterna och hjälpa dem mer med praktiska saker än vad kanske socionomen gör. Hur gammal man är som handläggare finns också representerat som en faktor som anses påverka ens bedömningar. Yngre socialsekreterare vågar kanske inte alltid sätta emot så mycket och ställer inga krav till skillnad mot äldre socialsekreterare som genom åren blivit tuffare i sin framtoning. Att vilket kön man tillhör kan påverka ens bedömningar framkommer även som en tänkbar faktor. Våra respondenter framhåller att det kan finnas en mängd andra faktorer som också kan påverka en handläggares bedömningar. Som ett exempel nämndes att om man som socialsekreterare inte har så hög lön som man anser att man borde ha, lägger man kanske inte ner hela sin själ i arbetet.

4.4.9 Händer det ofta att man gör olika bedömningar av ett ärende?

Enligt våra respondenter är det inte ovanligt att man som handläggare gör andra bedömningar än sina kollegor i ett ärende. Bedömningarna kan skilja sig åt när det gäller vilken typ av insats en klient är i behov av. Anledningen till varför bedömningarna skiljer sig åt tror våra respondenter beror på att de som socialsekreterare är olika som personer och har olika syn på saker. Man har olika tankesätt om vad som är bra och vad som är dåligt, vad som gagnar en klient och vad som inte gagnar, vilket är mycket individuellt. Som handläggare bestämmer man själv hur man vill arbeta, man har inte direkt några fasta mallar då man arbetar med

människor. På så vis kan man göra en sak i ett ärende som en annan handläggare hade gjort helt annorlunda enligt vår respondent. Samtidigt som bedömningarna kan skilja sig åt mellan socialsekreterarna så finns det en gemensam policy för vissa saker där besluten ska vara enhetliga. Ett exempel på där besluten inte ska skilja sig åt mellan handläggarna är klienters ansökan om träningskort. Anledningen till detta är enligt våra respondenter att klienterna pratar med varandra och att det uppkommer dispyter om en klients ansökan beviljas och inte en annan.

4.4.10 Kan man se någon gemensam nämnare handläggarna emellan?

Trots de skillnader som våra respondenter uppger finns mellan dem som handläggare, så ser man att det finns en gemensam grund som fogar dem samman i arbetet. Våra respondenter talar om arbetsgruppernas gemensamma grundvärderingar. Att det finns en gemensam syn på arbetet och på de människor man möter. Arbetet bedrivs utifrån liknande etiska värderingar och inställning till i första hand narkotika men även alkohol.

4.5 Hur förhåller sig vårt resultat till tidigare forskning?

Med vår undersökning har vi sett att våra respondenter till stor del väljer insatser i förhållande till klientens problembild, det vill säga att ju allvarigare problem desto mer ingripande insatser, vilket får stöd i Socialstyrelsens studie ”Narkomanvård på lika villkor?” (2004a). Vi kan, liksom Socialstyrelsen (2004a), konstatera att det finns en variation i de insatskombinationer som väljs respondenterna emellan, vilket Socialstyrelsen (2004a) tar som intäkt för att man inte på förhand kan förutsäga vilken behandling som en missbrukare får och att missbrukare behandlas olika. Vi kan med vår undersökning urskilja att socialsekreterare med mindre yrkeserfarenhet gör andra insatsval än socialsekreterare med längre yrkeserfarenhet, vilket även Socialstyrelsen (2004a) för fram i sin studie. Wallander och Blomqvist (2005) och Socialstyrelsen (2004a) har tagit upp att respondenternas attityder till viss del påverkat insatsvalen, vilket även vi kan anta utifrån vår undersökning. Wallander och Blomqvists (2005) resultat visar på att socialarbetarnas bedömningar av vad som är den ”ideala” insatsen för olika klienter i viss mån påverkas av olika organisatoriska och strukturella förutsättningar på de lokala socialtjänstenheterna. Socialstyrelsen (2004a) tar upp att det finns en slags hierarki mellan de insatser som regelmässigt styr arbetet med

missbrukare. I vår undersökning framkommer att våra respondenter i deras bedömningar känner sig styrda av begränsade resurser och att i första hand vara hänvisade till att lösa problemen på hemmaplan. I likhet med Wallander och Blomqvist (2005) kan vi se att det rådande behandlingsutbudet som förekommande rutiner på arbetsplatsen spelar roll för socialsekreterarens professionella bedömningar.

5. TILLÄMPNING AV TEORETISKA BEGREPP

5.1 Hur kan vi förstå vad som påverkar våra socialsekreterares bedömningar och variationen av bedömningar dem emellan?

För att få en djupare förståelse för vad det är som påverkar och ligger bakom socialsekreterarnas bedömningar tar vi hjälp av våra teoretiska perspektiv.

Enligt Johansson (1992) kan våra respondenter ses som gräsrotsbyråkrater då de är anställda tjänstemän som har direktkontakt med medborgarna i sitt dagliga arbete och innehar handlingsfrihet i utförandet av sina arbetsuppgifter. Våra respondenter styrs på så vis inte av detaljreglering utan arbetar under Socialtjänstlagen som anger de allmänna ramarna. Socialsekreterarna har i utförandet av sina arbetsuppgifter således alltid ett visst handlingsutrymme för egna bedömningar. Socialsekreterarna styrs av ett fåtal riktlinjer och har ett antal gemensamma strategier som påverkar deras bedömningar. Johansson (1992) menar att gräsrotsbyråkratens uppfattning om klienten kommer att styras av vad organisationen tillhandahåller för administrativa kategorier, samt av mer eller mindre informell praxis. Exempel på detta är att socialsekreterarna i första hand är hänvisade till att erbjuda klienterna hemmaplanslösningar. En annan sak är att ungdomar är en prioriterad grupp framför andra. Gräsrotsbyråkraten är inte totalt underordnad organisationens krav. Allmänt sett utmärks arbetet av att i kontakten med klienterna göra individuella tillämpningar av generella regler och direktiv (Johansson, 1992). Detta är något som respondenterna påpekat i våra intervjuer, att även om organisationen i viss utsträckning styr deras arbete handlar det ändå slutligen om att de gör individuella bedömningar utifrån sig själva av klientens behov.

Att socialsekreterarna har möjlighet att göra individuella tillämpningar i arbetet på grund av det handlingsutrymme som finns, gör att det blir intressant att försöka förstå

vad som kan påverka socialsekreterarnas bedömningar på individnivå. Enligt Bourdieus teori om habitus påverkas våra socialsekreterare av deras tidigare erfarenheter när de gör sina bedömningar (Månson, 2000). Habitus är något som en människa tillägnar sig under hela sitt liv utifrån de miljöer hon befunnit sig i. Detta påverkar sedan i sin tur individens handlingsmönster och tankesätt (ibid.). Alla de erfarenheter som socialsekreteraren varit med under sitt liv påverkar henne i sitt arbete. Detta kan vara en förklaring åt att bedömningarna skiljer sig åt mellan de som har jobbat länge inom yrket och de som inte har så lång erfarenhet då vi kan anta att de som arbetat längre har samlat på sig fler erfarenheter som de kan relatera till när de gör sina bedömningar.

Olssons studie (2004) visar i sin tur att tidigare erfarenheter och samarbete med andra individer spelar en viktig roll för våra bedömningar. Våra respondenter tar upp att det sker ett kunskapsutbyte dem emellan samt även med utomstående i form av handledning. Arbetsgruppen träffas varje vecka för att diskutera och ge synpunkter på varandras ärenden. Varannan vecka sker ett utbyte av kunskaper då de båda arbetsgrupperna träffas tillsammans. Olsson (2004) beskriver två olika modeller för kunskap som ligger till grund för våra bedömningar. I exemplarmodellen antar man att våra bedömningar baseras på våra tidigare erfarenheter av ett objekt eller situation och att denna bedömningsprocess är intuitiv. I regelmodellen tar man istället beslut genom att väga för- och nackdelar med att handla på ett visst sätt och utifrån denna analys tar man sedan ett beslut. En uppfattning är att båda modellerna samspelar när ett beslut ska fattas (ibid.). Vi kan utifrån denna teori anta att skillnader i val av insats mellan socialsekreterarna kan bero på att dem mer eller mindre använder sig av de olika kunskapsmodellerna när de gör sina bedömningar.

Sahlin (1993) talar även han om hur olika erfarenheter kan ha påverkat socialsekreterarnas bedömningar. Sahlin (1993) menar att oavsett vilket beslutsproblem vi står inför finns det en mängd information tillgänglig. Informationen kan vara mer eller mindre bristfällig men den utgör basen för vad vi tror om framtiden. Våra respondenter skulle bedöma våra fall utifrån en begränsad mängd information. Även om informationen var bristfällig gjorde respondenterna en bedömning utifrån informationen som fanns och valen kan spegla respondenternas uppfattning om problematiken. Utifrån Sahlins resonemang (1993) kan vi tolka det

som att våra respondenter på grund av den bristfälliga informationen byggde sin bedömning på tidigare liknande fall.

Utifrån vår empiri kan vi se att socialsekreterarnas attityder till viss del påverkar dem i deras bedömningar. Skilda attityder hos socialsekreterarna kan utifrån Lindéns resonemang (1994) förklara deras olika insatsval. Lindén (1994) tar upp att de attityder och värderingar som individer utvecklar mot företeelser i vardagslivet bygger på kunskap, känsla och handlingsberedskap. Kunskap som individen värderar som positiv leder till en positiv känslomässig inställning och en beredskap till att handla på ett stödjande sätt (ibid.). Till exempel kan vi anta att våra respondenter tenderar att välja de insatser som de har en positiv inställning till. Respondenterna talar bland annat om att tolvstegsbehandlingen har hjälpt många vilket lett till en positiv inställning till denna insats. Man har således kunskap om en insats som i många fall fungerar för klienterna och denna kunskap påverkar på så vis bedömningarna.

Bakom en människas attityder finns sedan någon form av grundläggande principer eller värden (Lindén, 1994). Vilka grundläggande värden man har som människa styr de attityder man har och de handlingar man genomför. Lindén (1994) för även fram att det finns en uppsättning grundläggande värden som styr vad som definieras som acceptabelt respektive icke acceptabelt beteende. Våra respondenter talar om arbetsgruppernas gemensamma grundvärderingar och syn på arbetet. På så vis kan detta förklara varför skillnaderna i bedömningarna av fallen ändå inte var större.

6. SAMMANFATTNING

I vår uppsats har vi presenterat resultat från en vinjettstudie samt intervjuer genomförda på en vuxenhet med socialsekreterare som arbetar med missbruksärenden. Vårt syfte har varit att undersöka vad som påverkar socialsekreterarna i deras bedömningar. Analyserna har visat att socialsekreterarnas bedömningar och insatsval påverkas av olika förhållanden och faktorer. Vi har redovisat hur socialsekreterarnas ålder, kön, yrkeserfarenhet och syn på missbrukare påverkar dem i deras bedömningar. Vi valde att belysa vilka skillnader som förekom bland insatsvalen och socialsekreterarna emellan då vår frågeställning bland annat var att se om socialsekreterarna tenderar att göra olika bedömningar utifrån våra vinjetter.

Utifrån vårt material kan vi inte dra några omfattande slutsatser, dock kan vi urskilja vissa mönster. Vi har sett att det förekommer vissa skillnader av insatsval mellan socialsekreterarna. Utifrån bedömningar av våra vinjetter kan vi se att yngre socialsekreterare gör andra val av insatser än sina äldre kollegor. Männerna i vår undersökningsgrupp gör i viss mån andra bedömningar av vinjettpersonernas behov än kvinnorna. Socialsekreterare med liten yrkeserfarenhet gör även de andra val än de med längre yrkeserfarenhet. Av vår analys kan vi även anta att socialsekreterarnas egna attityder och syn på missbrukare till viss del påverkar dem i deras val av insats. En förklaring som våra respondenter också gav till varför bedömningarna skiljer sig åt mellan socialsekreterarna är att dem är olika som personer. Våra respondenter anser emellertid att det som man har gemensamt är grundläggande värderingar och människosyn. I vår undersökning framkom även att verksamhetens begränsade resurser påverkar socialsekreterarna i deras bedömningar. För mer omfattande och kostsamma insatser i form av till exempel behandlingshem krävs idag en mycket god motivering för att få igenom som beslut. Idag är socialsekreterarna i första hand hänvisade till hemmaplanslösningar. Verksamhetens förutsättningar, rådande behandlingsutbud och förekommande rutiner på arbetsplatsen spelar således även en roll för socialsekreterarnas professionella bedömningar.

7. SLUTDISKUSSION

Vårt resultat visar att socialsekreterarna i vår undersökningsgrupp i viss mån gör olika bedömningar av missbrukares vårdbehov. Är det således bara att konstatera att människor gör olika bedömningar? Ska det spela någon roll vilken socialsekreterare jag får som klient? För att knyta an till vår problemformulering ”det gäller att ha tur med sin socialsekreterare” (Socialstyrelsen, 2004a s.10).

Johansson (1992) menar att med hänsyn till socialtjänstens karaktär av gräsrotsbyråkrati och det faktum att Socialtjänstlagen (2001:453) är en ramlag är det knappast något märkligt eller ens särskilt problematiskt att det finns delvis olikartade uppfattningar inom professionen eller att bedömningar och insatsval varierar mellan enheter liksom handläggare. Såväl frånvaron av säker vetenskaplig kunskap om vem som behöver vilken vård som mångfalden av teorier om alkohol- och narkotikamissbrukets natur, utgör argument för att det rent av kan finnas ett värde i att

olika uppfattningar får brytas mot varandra i den lokala praktiken (ibid.). Wallander och Blomqvist (2005) menar i sin tur att det i sig inte behöver vara något negativt att det i socialarbetarkåren förekommer skilda synsätt på missbruksproblem, så länge dessa skillnader diskuteras öppet. Utifrån vår empiri kan vi också se att det sker ett kunskapsutbyte socialsekreterarna emellan och tid finns för att diskutera ärenden sinsemellan i arbetsgruppen.

Vad utmärker då god kvalitet i arbetet? När man inte kan förutsäga vilken insats en klient får och att klienter i viss mån behandlas olika? Våra respondenter anser att god kvalitet är när klienterna som kommer till vuxenenheten känner att dem blir tagna på allvar och att det finns människor som lyssnar på dem. Våra respondenter menar att för att kunna skapa god kvalitet behöver man ha tid och då går det inte att ha för många ärenden. Wallander och Blomqvists undersökning (2005) framhåller också att det från praktikhåll återkommande har hävdats att tidsbrist och stor arbetsbörda lämnar alltför litet utrymme för socialarbetarna att själva bidra till en kvalitetshöjning i arbetet. För att upprätthålla god kvalitet i arbetet menar Wallander och Blomqvist (2005) att det är viktigt att det sker ett erfarenhetsutbyte i arbetsgruppen. Viktigt är att ett sådant erfarenhetsutbyte inte nödvändigtvis bör syfta till att skapa konsensus i gruppen, utan att socialarbetarna bör tillåtas att och uppmuntras till att förhålla sig ”kreativt kritiskt” till såväl egna som kollegors bedömningar och beslut om insats (Wallander & Blomqvist, 2005:133).

Vi ställde även frågan till våra respondenter när de själva anser att ett missbruk föreligger. Våra respondenter var överlag överens om hur de definierar missbruk. Ett missbruk föreligger enligt våra respondenter när individen tappat kontrollen över drogen och konsumtionen leder till negativa konsekvenser för individen. Våra respondenters definition skiljer sig åt från lagens definition då all hantering och icke-medicinsk användning av narkotika, är förbjuden och jämställer i det fallet bruk med missbruk (Narkotikastrafflag 1968:64). Vi menar att socialsekreterarnas definition påverkar deras arbete, liksom att dem arbetar under Socialtjänstlagen (2001:453) som säger att arbetet inom socialtjänsten ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet (1 kap. 1 §). Människor som således inte anser att deras konsumtion av alkohol eller narkotika är ett problem och som lever någorlunda

välordnade liv, representerar inte vuxenheten klientel då socialsekreterarnas insatser bygger på frivillighet i första hand.

Vårt resultat tyder på att socialsekreterarnas egna attityder påverkar dem i deras val av insats. Tidigare studier (bland annat Palm, 2003) har visat att det i socialarbetarkåren finns stora skillnader i synen på missbruksproblemens ”natur”, något som i sin tur kan relateras till missbruksforskningens splittring på flera olika vetenskapliga discipliner och flera konkurrerande professioner. Wallander och Blomqvists (2005) resultat visar på att socialarbetarnas syn på och attityder till alkohol- och narkotikaproblem de facto är den bedömaregenskap som starkast och mest genomgående slår igenom i valet av insats. Utifrån vår undersökning bör vi dock vara försiktiga med att dra alltför långtgående slutsatser utifrån de samband som uppträder vid den här typen av tillspetsade eller förenklade frågor. Sannolikt påverkas valet av en uppsättning, mer eller mindre medvetna, inbördes relaterade attityder och uppfattningar. De skulle ha framträtt tydligare i en större undersökningsgrupp men även med mer varierade och tydligare utarbetade attitydfrågor.

Vi är medvetna om att de faktorer vi lyft fram i vår undersökning långtifrån täcker in alla förklaringar bakom vad som påverkar socialsekreterarna i deras bedömningar. Bedömningarna påverkas till exempel även av andra mer svårfångade skillnader mellan socialsekreterarna såsom personlighetsdrag, skilda yrkesrelaterade eller andra erfarenheter samt olika former av ”tyst kunskap”. För att begränsa vårt arbete har vi även valt att inte fördjupa oss i hur faktorer hos klienten, såsom till exempel kön, ålder och missbrukets omfattning, påverkar socialsekreterarnas bedömningar. Med vår undersökning kan vi dessutom inte säkert säga att en faktor påverkar socialsekreteraren mer än någon annan då hon gör sin bedömning. I verkligheten kan vi inte frikoppla olika faktorer ifrån varandra utan istället måste vi se faktorerna som att de tillsammans påverkar vilken bedömning socialsekreteraren gör.

Det som vi vill föra fram med vår undersökning är att det i den lokala praktiken behövs en fortgående diskussion med syfte att explicitgöra och granska de åtminstone delvis dolda bevekelsegrunder som ligger bakom bedömningar och beslut om insatser för klienter med missbruksproblem. När det gäller vilka aspekter en sådan diskussion och granskning bör innefatta kan vi knyta an till Sullivans diskussion om

bedömningar och beslut i det sociala arbetet (i Wallander & Blomqvist, 2005:132). Sullivan ställer upp ett antal kriterier för vad som kännetecknar ett beslut som är ”vettigt” i den mening att det ökar sannolikheten för att man ska nå det avsedda målet med en viss insats. Ett vettigt beslut kräver enligt Sullivan av socialarbetaren att han eller hon för sig själv och andra explicitgör både de olika föreställningar eller teorier om till exempel missbruksproblem som han/hon tillämpar i sin bedömning och de legala och organisatoriska förhållanden som kan och/eller bör påverka beslutet. Av socialarbetaren krävs att hänsyn tas till den enskilde klientens egna synpunkter och aktivt involverar honom i det aktuella beslutet. Socialarbetaren måste skaffa sig tillräcklig information för att kunna göra sig en klar bild av den aktuella situationen, vilka målen med insatsen bör vara och vilka de olika insatsalternativen är samt basera sitt beslut på en systematisk värdering av olika tillgängliga handlingsalternativ (Wallander & Blomqvist, 2005:132).

En viktig slutsats utifrån vår uppsats är att självkänedom är oerhört viktigt i arbetet som socialsekreterare. Vi använder oss av Melin och Näsholm (1998) för att sammanfatta individuella särdrag som är av vikt att reflektera över.

- Vilken erfarenhet man som socialsekreterare har av droger påverkar ens arbete. Vilka dessa än är måste var och en som arbetar med missbruk ta ansvar för vilket sätt ens erfarenheter påverkar i arbetet. Erfarenheter kan påverka på olika sätt, till exempel styr de socialsekreterarens förväntningar och motivation samt filtrerar information och fakta bland annat om olika behandlingsmetoders effektivitet.
- Som socialsekreterare utgår man från sig själv i arbetet. Risken finns att gränsen mellan yrkesjag och privatjag blir oklar. För att orka med de krav och påfrestningar som arbetet innebär behöver socialsekreteraren ett eget liv där de egna behoven kan tillfredsställas. Arbetet och relationer till klienter får aldrig utgöra större delen av socialsekreterarens livsinnehåll.
- Socialsekreterarnas egna attityder och värderingar styr, vid sidan av deras kunskap, vad de ser och hur de bedömer. Kartläggning, bedömning och behandling är arbetsuppgifter som aldrig kan vara opåverkade av socialsekreterarens personliga attityder och värderingar. Dessa har i sin tur formats av socialsekreterarens egen bakgrund, där social tillhörighet, egna erfarenheter i privatliv och yrkesliv är betydelsefulla.

8. REFERENSLISTA

Goldberg, Ted (2000). *Narkotikan avmystifierad. Ett psykosocialt perspektiv*. Solna: Academic Publishing of Sweden. Andra omarbetade upplagan.

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

Jergeby, Ulla (1999). *Att bedöma en social situation – Tillämpningen av vinjettmetoden*. Stockholm: Socialstyrelsen, Centrum för utvärdering av socialt arbete.

Johansson, Roine (1992). *Vid byråkratins gränser. Om handlingsfrihetens organisatoriska begränsningar i klientrelaterat arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Kristiansen, Arne (1999). *Fri från narkotika. Om kvinnor och män som har varit narkotikamissbrukare*. Umeå universitet: Institutionen för socialt arbete, nr 28.

Lindén, Anna-Lisa (1994). *Människa och miljö. Om attityder, värderingar, livsstil och livsform*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.

Melin, Ann-Gerd och Christina Näsholm (1998). *Behandlingsplanering vid missbruk*. Lund: Studentlitteratur.

Moe, Sverre (1995). *Sociologisk teori*. Lund: Studentlitteratur

Månson, Per (2000). *Moderna samhällsteorier. Traditioner, riktningar, teoretiker*. Stockholm: Bokförlaget Prisma. Femte reviderade upplagan.

Narkotikastrafflag (1968:64). *Sveriges lagar* (2003). Stockholm: Thomson Fakta AB.

Olsson, Anna-Carin (2004). *Factors Shaping Process and Representation in Multi-Cue Judgement*. Umeå University.

<http://publications.uu.se/umu/theses/abstract.xsql?dbid=264>. Hämtad från Internet 2005-05-18.

Palm, Jessica (2003). *Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling – En beskrivning av personalen inom socialtjänstens missbrukarvård i Stockholms län och deras syn på missbrukarvården 2002*. Stockholms universitet: SoRAD, Forskningsrapport nr 7.

Sahlin, Nils-Eric (1993). *Varför ska vi minnas våra beslut? I Huvudinnehåll: Tolv filosofiska uppsatser*. Red. Åke E. Andersson. Nora: Nya Doxa. 1993, s. 189-207.

Socialstyrelsen (2004a). *Narkomanvård på lika villkor? En studie av förhållanden som kan ha betydelse vid val av insatser inom narkomanvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2004b). *Nationella riktlinjer för missbrukarvård*. www.sos.se/socialtj/indfam/natrikt.htm. Nedladdad från Internet senast 2005-05-18.

Socialtjänstlagen (2001:453). *Sveriges lagar* (2003). Stockholm: Thomson Fakta AB.

Thurén, Torsten (1991). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm: RUNA FÖRLAG AB.

Wallander, Lisa och Jan Blomqvist (2005). *Vad styr vårdvalen? En faktoriell survey av faktorer som predicerar val av insatser inom socialtjänstens missbruksvård*. Stockholm: FoU-rapport 2005:3.

BILAGA 1

Intervjufrågor till socialsekreterarna

- ◆ Hur ser er organisation ut? Hur skulle du beskriva er verksamhet?
- ◆ Vad har ni för resursutbud? Vad kan ni erbjuda era klienter? Vad har ni för behandlingsinriktningar?
- ◆ Skulle du ha gjort andra bedömningar i fallen om du inte skulle behövt ta hänsyn till de resurser som ni har tillgängliga?
- ◆ Har ni i ert arbete gemensamma strategier? Arbetar ni efter riktlinjer? Finns ambitionen att liknande ärenden ska bedömas på samma sätt av alla i arbetsgruppen?
- ◆ Arbetar ni utifrån någon arbetsmetod?
- ◆ Delger ni varandra av era kunskaper?
- ◆ Hur ser ni på ny forskning som kommer på området?
- ◆ Vad anser du är god kvalitet? Går det att kvalitetssäkra ert arbete/de bedömningar Ni gör? Vad ska man sträva efter? Vad gör ni för att upprätthålla kvalitet i ert arbete?
- ◆ Händer det ofta att du och din kollega gör olika bedömningar i liknande ärenden?
Om ja: Vad tror du själv det beror på att Ni gör olika bedömningar på samma ärende?
- ◆ Vad tror du påverkar Dina bedömningar och val av insats?
- ◆ Hur definierar du missbruk? När missbrukar man alkohol respektive narkotika?