

Vad påverkar beslutet av missbruksvård? Faktorer som kan påverka val av insats

Christian Dabetic och Alexander Nilsson

Examensarbete, 15 hp, kandidatuppsats
Socialt arbete
Jönköping, januari 2014

Handledare: Lilly Augustine, Lektor

Examinator: Klas Borell, Professor

Abstract

Title: *What influences the assessment of addiction treatment? - Factors that may affect the choice of interventions*

There are few studies on trauma and the importance of religion for the professional handling of abuse clients in a Swedish context. It is therefore appropriate to examine the role of such factors. This study examines whether experienced trauma in childhood or religious beliefs influence the assessment and selection of input in fictitious cases. To examine this created six vignettes. Vignettes could assess participants using different set responses. The questionnaire consisted of two parts, vignettes and personal details of the participants. It included questions about experienced trauma and religious beliefs. The results of the study show that the abuse case officers with experienced trauma deems equivalent to the group but have experienced trauma. Religious officials, however, differ from the non-religious in assessing the choice of effort. The study shows that one third of abuse officers are religious and half have experienced a trauma in childhood. Overall, this means that 58 of the 93 participants either experienced trauma, religious or both. Future research might examine these variables more carefully operationalize and measure religion and traumas impact assessment with greater precision and sensitivity.

Keywords: Assessment, misuse, addiction, religion, trauma

Sammanfattning

Det finns få studier om trauma och religionens betydelse för professionell handläggning av missbruksklienter i en svensk kontext. Det är därför motiverat att undersöka betydelsen av sådana faktorer. Denna studie undersöker om upplevt trauma i barndomen eller religiös övertygelse påverkar bedömningen och val av insats i fiktiva fall. För att undersöka detta skapades sex vinjetter. Vinjetterna kunde deltagarna bedöma med hjälp av olika fasta svarsalternativ. Enkäten bestod av två delar, vinjetterna och personliga uppgifter om deltagarna. Där ingick frågor om upplevt trauma och religiös övertygelse. Resultatet av studien visar att missbrukshandläggarna med upplevt trauma bedömer likvärdigt med gruppen utan upplevt trauma. Religiösa handläggare skiljer sig dock från de icke-religiösa vid bedömningen av val av insats. I studien framkommer att en tredjedel av missbrukshandläggarna är religiösa och hälften har upplevt ett trauma i barndomen. Sammantaget innebär detta att 58 av 93 deltagare antingen har upplevt trauma, är religiös eller är både och. Framtida forskning kan kanske undersöka dessa variabler noggrannare operationalisera och mäta religion och traumas inverkan på bedömningen med större precision och känslighet.

Nyckelord: Handläggning, missbruk, beroende, religion, trauma

Förord

Vi vill tacka vår handledare Lilly Augustine som på ett effektivt sätt hjälpt oss med korrektur under uppsatsskrivandet. Vi tackar även alla verksamhetschefer och handläggare som visat ett stort intresse för vår studie i uppbyggnadsfasen och svarat på enkäten, vilket har gett oss data för analysen och resultatet. Avslutningsvis ett stort tack till våra familjer som har stöttat oss under dessa 3 år som utbildningen hitintills pågått.

Förkortningar

ASI – Addiction Severity Index

EBP – Evidensbaserad praktik.

HSL – Hälso- och sjukvårdslagen.

HVB – Hem för vård och boende

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering.

SoL – Socialtjänstlagen

SOU – Statens offentliga utredningar.

Innehållsförteckning

| | |
|--------------------------------------------------------|-----------|
| 1. Inledning | 4 |
| 2. Syfte och forskningsfrågor | 6 |
| 3. Bakgrund..... | 6 |
| 3.1 Statlig styrning av handläggning | 6 |
| 3.2 Evidensbaserad praktik..... | 6 |
| 3.2.1 Kritik mot evidensbaserad praktik | 7 |
| 3.3 Domänteori i socialt arbete..... | 7 |
| 3.4 Religionens betydelse för handläggning..... | 8 |
| 3.4.1 Social rättvisa..... | 8 |
| 3.5 Traumans betydelse för handläggning..... | 10 |
| 3.5.1 Val av yrket i traumans spår | 10 |
| 3.5.2 Eventuella risker | 11 |
| 4. Material och metod | 12 |
| 4.1 Urval | 12 |
| 4.2 Val av metod..... | 12 |
| 4.3 Analysmetod..... | 13 |
| 4.4 Enkäten..... | 13 |
| 4.5 Uppbyggnad av vinjetterna | 13 |
| 4.6 Reliabilitet och validitet | 14 |
| 4.7 Etiska överväganden | 15 |
| 5. Resultat..... | 15 |
| 6. Diskussion | 21 |
| 7. Referenslista..... | 26 |
| 8. Bilagor | 31 |
| 8.1 Vinjetter..... | 31 |
| 8.2 Enkäten..... | 34 |
| 8.3 Informationsbrev | 43 |

1. Inledning

Handläggningen inom missbruksvården har tidigare fått kritik för att vara alltför heterogen i olika delar av landet. Förr hade socialsekreteraren en friare roll att bedöma klientens behov och ge förslag om insatser (Bergmark & Lundström, 2006). Denna friare bedömningsroll skapade en subjektivitet, utifrån handläggarens egenskaper och relationen till klienten. Studier som granskats (Ibid, 2006) tyder vidare på att socialarbetare på egen hand inte tar till sig aktuell forskning. Detta har varit ett argument för att införa en statlig styrning med riktlinjer för att garantera att handläggarna informeras om den senaste aktuella vetenskapen. Med en statlig styrning kan politiker genom lagstiftning, riktlinjer och krav på en evidensbaserad socialtjänst skapa förutsättningar för en mer jämlik och objektiv handläggning. Ambitionen med den statliga styrningen är att utforma en framtida yrkespraktik på så vetenskapliga grunder som möjligt, där standardiserade bedömningsinstrument är verktygen som ska minska handläggarnas subjektiva påverkan (Abrahamson & Tryggvesson, 2008; Nyström, Sallmén, & Öberg, 2005). Bedömningsinstrumenten är genom detta ett formellt krav och en garanti för att det objektiva efterlevs i praktiken (Engström, 2005). De ska vara till hjälp i bedömningen och utvärdera givna insatsers effekter och utfall. Kraven på en evidensbaserad socialtjänst gör att Sveriges kommuners socialtjänster använder sig av Socialstyrelsens rekommenderade bedömningsinstrument. Majoriteten av Sveriges kommuner använder sig av Addiction Severity Index, ASI (Abrahamson & Tryggvesson, 2008). Användningen av bedömningsinstrumenten är spridd i landet där 75 % av Sveriges kommuners socialtjänster huvudsakligen använder sig av ASI i samband med utredning och bedömning i klientärenden.

Socialt arbete som myndighetsutövning sker inom en förvaltning, där socialsekreterarens profession bara är en av flera inom organisationen (Svensson, Johnson & Laanemets, 2008). Inom förvaltningen kan socialarbetarens arbetsuppgift vara otydlig framförallt när det gäller evidensbaserad praktik. Socialarbetaren rör sig inom två olika domäner, sin egen profession och förvaltningen och dessa påverkas av den ideologiska domänens styrning. En förvaltning arbetar med styrning och struktur och den professionella ska arbeta för klientens bästa. Resultatet av detta innebär att socialarbetaren kan arbeta evidensbaserat både från sin egen professions domän och/eller utifrån förvaltningens domän. Detta kan innebära att handläggarens bedömning av klienterna blir subjektiv för att den undermedvetet arbetar för förvaltningens bästa (Morén, Blom & Perlinski, 2010). Resultatet av socialarbetarens arbete inom en förvaltning kan innebära att det är svårt att fokusera på sin egna profession och att klientens bästa omedvetet kommer i andra hand.

Trots myndigheternas försök att systematisera och jämställa handläggningen i Sverige finns det troligtvis fortfarande effekter kvar av handläggarnas subjektivitet. Ett individuellt och subjektivt inslag kan handla om individens religionsuppfattning. Amerikansk forskning visar att intresset för religionen och andlighetens betydelse för brukaren har ökat. Samtidigt ökar också intresset för hur religion och andlighet hos socialarbetaren kan påverka brukaren genom t.ex. handläggning (Larsen, 2011). Religionens betydelse inom socialt arbete är även ett aktuellt inslag i internationell forskning. I USA, Storbritannien, Australien och Nya Zeeland pågår forskning som lyfter upp frågor kring religionens och andlighetens betydelse. Detta

visar sig bl.a. i socialarbetarnas val av yrke, etiska och moraliska uppfattningar, sociala rättvisa och viljan att hjälpa utsatta grupper (Crisp, 2011; Dwyer, 2010; Larsen, 2011; Moss, 2011).

En annan personlig erfarenhet som kan påverka handläggarens partiskhet är om de upplevt trauman i form av t.ex. misshandel, övergrepp eller liknande under barndomen. Hur dessa händelser påverkar och lämnar spår är individuellt och beror på t.ex. vilka skyddsfaktorer som finns för att buffra eller stärka individen (Maschi, Baer, Morrissey & Moreno, 2012). Spår som en traumatisk barndom eventuellt kan lämna är inte direkt observerbara hos den generella populationen. Däremot finns det en risk att de blir mer synliga och märkbara hos människor som har en omvårdande profession t.ex. psykologer, sjuksköterskor och socialarbetare. Risken för att dessa spår blir märkbara och speglar sig i det professionella arbetet ökar i sin tur risken för brukaren att utsättas negativt i bedömningsprocessen (Pooler, Siebert-Clay, Faul & Huber, 2008). Detta kan synas t.ex. genom att handläggaren har en önskan om att vara vårdande med brukarna och beviljar därför mer insatser än vad som behövs. Detta kan påverka brukarna till passivitet och att ta en undergivande roll i samtalen.

Området missbruk var ett medvetet val för vår undersökning. Anledningen var bl.a. att socialarbetare som handlägger missbrukproblematik arbetar med en mycket utsatt grupp i samhället. Vi fann i litteraturen flera motiveringar till att undersöka ämnena trauma och religion. Att handlägga missbruksklienter är hos socionomer ett oattraktivt arbete, där endast 0,3 % av nyutexaminerade socionomer söker sig till arbeten med missbrukproblematik (Högskoleverket, 2003). Genom detta är sannolikheten stor att det kanske går att finna en större population av individer som är religiöst övertygade och/eller har upplevt ett trauma i barndomen, därför att professionen arbetar med utsatta människor och att det därmed är attraktivt att arbeta med detta om individen har upplevt trauma eller har en religiös övertygelse. Det är därför troligt att dessa personliga erfarenheter kommer att påverka handläggningen av missbruksklienter. Det saknas även forskning om dessa ämnen i en svensk kontext. Anledningar till den valda ämnesområde blev genom detta följande:

- utvecklingen och konstruktionen av olika metoder och instrument inom området missbruk som t.ex. evidensbaserad praktik, ASI och lagar som tillsammans har för syfte att styra bedömningen och minska den subjektiva delen i det.
- socialarbetarens egna bedömningsdel i handläggningen av missbruk kvarstår och därmed kvarstår också risken för påverkan från de egna upplevelserna och övertygelserna.
- Missbruk som område handlar om en av de yttersta marginalerna brukaren befinner sig i utifrån ett samhällsperspektiv. Denna utsatta grupp är därför extra känsliga och utsatta för en handläggares personliga erfarenheter med en högre risk att påverkas.

2. Syfte och forskningsfrågor

Syftet med vår kandidatuppsats är att undersöka upplevt trauma i barndomen och religiös övertygelse inom missbrukshandläggning. Att undersöka om tro/andlighet samt trauma kan samvariera med handläggarens bedömning vid val av insats. Vårt syfte ger då följande frågeställning:

- Kommer upplevt trauma i barndomen eller religiös övertygelse att påverka missbrukshandläggarens bedömning till val av insats?

3. Bakgrund

3.1 Statlig styrning av handläggning

Genom statlig styrning, så som offentliga utredningar och stiftandet av nya lagar påverkas handläggningen av missbruksklienter. Missbruksutredningen (SOU, 2011:35) kom fram till åtta reformområden inom missbruksvården och lyfte ett flertal nya lagförslag. Det förslag som fick mest uppmärksamhet berörde ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting. Detta mynnade ut till Socialutskottets betänkande (2012/13:SoU18), där syftet var att stärka samverkan mellan kommun och landsting för att bättre tillgodose målgruppens behov av vård, stöd och behandling. Den 1 juli 2013 trädde lagändringarna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, i kraft. Dessa förändringar innebär en skyldighet för landsting och kommuner att samverka och att ingå gemensamma överenskommelser angående personer som missbrukar alkohol, narkotika eller andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Syftet med ändringarna var att förebygga uppdelningen av ansvaret mellan kommun och landsting. Tidigare skickades klienterna mellan kommunen och landstinget utan åtgärd, vilket påverkade bedömningen negativt hos handläggarna när en osäkerhet fanns om vem som hade ansvaret för klienten, landstinget eller socialtjänsten (Wallander & Blomqvist, 2005; SOU 2011:35). Internationellt ser det annorlunda ut och därmed är det av vikt att beskriva statlig styrning i socialt arbete och faktorer som kan påverka den. Detta relaterar till vårt syfte och studie genom att socialt arbete i en svensk kontext påverkas av den statliga styrningen, där även svensk forskning finansieras genom offentliga utredningar.

3.2 Evidensbaserad praktik

Med evidensbaserad praktik menar vi att forskning och utvärdering har visat vad som är effektivt att göra, och detta är det som görs. Inom en evidensbaserad praktik ska tre olika typer av kunskap skapa en enhetlig bedömning. Dessa är ”den senaste aktuella forskningen”, ”brukarnas erfarenheter och önskemål” samt ”den professionelles objektiva erfarenheter och förmågor” (Yunong & Fenzhi, 2009; SOU 2008:18). Den senaste aktuella forskningen består av rekommendationer och riktlinjer för att använda manualbaserade metoder och verktyg (SBU, 2001; Engström, 2005; Nyström, Sallmén, & Öberg, 2005; Abrahamson & Tryggvesson, 2008). Att dessa används i praktiken regleras genom statlig styrning, där kommunerna genom externa krav måste följa föreskrifterna. Den andra kunskapskällan

brukarnas erfarenheter och önskemål är viktiga inom socialtjänsten, dels för att SoL (2001:453) föreskriver brukardelaktighet och dels för att ett bra behandlingsresultat kräver en bra arbetsallians mellan handläggare och klient (Bellamy, Bledsoe, Fang, Manuel & Mullen, 2009). Det sista kravet på kunskapskälla inom EBP är den professionelles förmåga och erfarenhet. En rapport visade att det är klienternas beskrivning, som utgör den centrala kunskapskällan i deras utredningsarbete och att deras egna erfarenheter bara har en liten betydelse (Nordlander, 2006). Tanken med en evidensbaserad socialtjänst är att den ska arbeta strategiskt, systematiskt och utvärdera sin verksamhet, på så sätt ska handläggarnas subjektiva bedömningar reduceras (Stensson & Sundell, 2010). Genom att utgå ifrån att det trots allt finns en subjektivitet kan vi testa om bedömningen utgår ifrån någon typ av objektivitet, detta genom att handläggarna får bedöma samma fiktiva fall.

3.2.1 Kritik mot evidensbaserad praktik

Kritiker av EBP inom socialtjänsten menar att det är svårt att tillämpa slutsatser på olika effektstudier i praktiken och att behandlingsresultatet mellan olika behandlingsmetoder enbart till en viss del, ca 10-20 procent, kan förklaras bero på vald metod (Blomqvist & Oscarsson, 2006). Slutsatserna efter analysen av socialsekreterarnas kunskapskällor blev även att socialsekreterarna hade svårt att redogöra för sina kunskapskällor (Nordlander, 2006). Ytterligare kritik påpekar att genom statlig styrning blir svårt att påvisa vem det är som har ansvaret för klienterna som får dålig eller ingen vård. Med denna kritik mot EBP och svårigheter med att urskilja vem som har ansvaret för klienterna kan handläggarna skapa egna bedömningar från sin egna professionella erfarenhet och följer därmed inte riktlinjerna fullt ut. I större organisationer som dessutom skall samverka är det lättare att klienterna hamnar mellan stolarna. Risken är att ekonomiska konflikter uppstår och att ansvaret förskjuts utan att någon bedöms vara ansvarig (Bergmark & Lundström, 2006).

3.3 Domänteori i socialt arbete

Med domänteori menar vi de tre domäner som existerar i svensk förvaltning där socialt arbete bedrivs. Dessa är ”den ideologiska domänen”, ”förvaltningens domän” och ”den professionelles domän”. Domänerna har olika uppgifter och kännetecken, men de är beroende av varandra (Morén, Blom & Perlinski, 2010). De folkvalda politikernas ideologiska domän påverkar förvaltningens domän genom policy och riktlinjer. Förvaltningens domän påverkar i sin tur den professionelles domän genom att begränsa handlingsutrymmet vid bedömningen av klienterna. När en socialarbetare blir anställd av kommunen, får den en tjänstetitel som t.ex. socialsekreterare, handläggare eller kurator. Tidigare forskning (Morén et. al., 2010; Bengtsson, 2010) visar att när detta sker så blir socialarbetarens identifikation likställd som en del av förvaltningens domän. Med denna beteckning blir handläggaren en ämbetsanställd istället för en profession i en organisation. Denna identifikation skapar en konflikt för handläggaren där den dels skall agera som myndighetsutövare enligt förvaltningens ramar samtidigt som den skall tillmötesgå sin yrkesroll och klientens önskemål om brukarinflytande enligt socialtjänstlagen (2001:453).

3.4 Religionens betydelse för handläggning

Religion och andlighet i alla sina former är högst närvarande i alla världens hörn. Människans rätt och frihet att fritt välja en tro påverkar deras liv olika mycket. Det kan påverka vardagslivet, men också arbetet de utför (Larsen, 2011). Begreppet religiös innebär en uppsättning av institutionaliserade beteenden, övertygelser (tro) och ritualer delade av medlemmar i en församling, vilka har samma eller liknande andliga övertygelse (Larsen, 2011). Hur religion eventuellt kan påverka det professionella sociala arbetet med utsatta människor är oklart. I länder som är mindre sekulariserade än Sverige är diskussionen om religionens påverkan på socialt arbete högst aktuellt (Crisp, 2011; Dwyer, 2010; Larsen, 2011; Moss, 2011).

Gemensamt för resonemanget som förs av dessa forskare är att det eventuellt kan finnas en risk i religiös övertygelse. Dem som är för att ta hänsyn till andligheten menar att om man inte gör det kommer man att missa en del brukare vars andlighet är en del av livet och genomsyrar deras vardag. De som tycker att hänsyn till andligheten inom socialt arbete inte behöver tas tycker också att dessa domäner (religion och socialt arbete) är åtskilda och visserligen beroende av varandra, men samtidigt ömsesidigt uteslutande (Crisp, 2011).

I strävan att bli officiellt igenkänd och accepterad inom högre utbildningar kräver socialt arbete en värdegrund och ett teoretiskt koncept som är kännetecknande för professionen. I sin sekulära form framstår socialt arbete som en profession som måste hålla sig fri från alla former av religiöst ramverk eller religiösa världsuppfattningar. Detta trots att flera av professionens medlemmar har en religiös bakgrund (Moss, 2011). Att vara rättvis, att behandlas väl och att behandla andra rättvist ställer krav på att samhället att världen ska vara rättvis. Genom att arbeta för social rättvisa bekräftar individen sina egna religiösa övertygelser och personliga moraliska värdegrunder (Larsen, 2011). Religiösa världsuppfattningar på sitt bästa sätt anses vara gränsöverskridande när det gäller professionens ansvarsområde och på sitt sämsta sätt som en del av problemet. Detta inte minst på grund av diskrimineringsaspekten, men också för att försöka få folk att byta religion eller åsikt (Moss, 2011).

Individens eventuella religiösa läggning och dess eventuella plats inom socialt arbete skapar en religiös debatt (Crisp, 2011). De som debatterar emot religionens plats inom socialt arbete lyfter oftast frågan om brukarens utsatthet mot eventuell påverkan från socialarbetarens religiösa övertygelse (Ibid, 2011). Genom socialarbetarens agerande kan detta skapa ännu mera utsatthet hos brukaren, vilket ibland grundar sig mer i religionen än i utbildningen (Dessel, Woodford & Guitierrez, 2012). Andlighet beskrivs som en inneboende del av varje människa och genom det blir andligheten relevant i alla aspekter av socialt arbete (Dwyer, 2010).

3.4.1 Social rättvisa

Social rättvisa kan förklaras som en heltäckande rättvis fördelning av tillgångar och bördor i samhället som ett resultat av socialt samarbete (Torres-Harding, Carollo, Schamberger och Clifton-Soderstrom, 2013). Själva idén att arbeta för social förändring är en del av meningen

med att vara en förpliktigad religiös person. Genom att söka och finna en spirituellt mening ägnar individen sitt liv åt arbete med människor i utsatta situationer. Detta är samtidigt en bekräftelse på att individen kan göra skillnad genom sitt arbete. Torres-Hardings et al. (2013) studier har kommit fram till att en stark religiös övertygelse resulterar i en ökad humanitarism och minskade fördomar. Människor som har en större grad av ”inneboende” religiös övertygelse reagerar mer principfast när det gäller moraliska dilemman. Religiöst konservativa individer finner det svårt att representera eller att arbeta för människor som överträder deras egna moralövertygelser. Värderingarna individen har formar handlingskapaciteten och kan eventuellt även påverka arbetet den utför. I socialarbetarens fall kan det bli brukaren som utsätts för detta (Torres-Harding et al. 2013).

Religion har en potential av att vara inkluderande och befriande för de utsatta grupperna, men har också sammankoppling med fördomar och förtryck mot homosexualitet och hudfärg. När det gäller frågor om andligheten och/eller interventioner knutna till andligheten, så har det visat sig att socialarbetarens egna religiösa övertygelse spelar mer roll i det professionella beslutfattandet än individens utbildning. Det har även kommit fram att kristna skolor för socialt arbete hade en tendens att i större utsträckning ha negativa attityder mot hudfärg, kvinnor och homosexuella. Sedan har det också noterats en proportionell ökning och samband mellan en sämre accepterad syn på homosexualitet och påverkan av religionen på vardagslivet. Ju mer religiöst präglad liv individen hade desto mindre accepterad syn mot t.ex. homosexuella utvecklades (Dessel, Woodford & Guitierrez, 2012).

Klientens individualitet är av största vikt speciellt när det gäller rädsla för den professionelles förmåga att utveckla motstånd baserad på religiös övertygelse oavsett religion. Motstånd kan vidareutveckla rasism, heterosexism och klasskillnader (Dwyer, 2010). En annan fråga lyfts angående andlighet och religion i socialt arbete och det är risken för en ”religiös blindhet” precis som ”färgblindhet” i det tidiga arbetet med olika etniciteter.

Socialarbetarna som hade starka religiösa övertygelser och där religionen genomsyrade deras liv hade en mer positiv attityd mot att använda andlighet i arbetet medan de som inte hade en lika stark övertygelse var mer återhållsamma (Dwyer, 2010). Det finns ingen statistik på hur många av de som kontaktar socialtjänsten samtidigt är religiösa eller kan ha frågor eller problem knutna till religion. Crisp (2011) menar att samma omständigheter som får folk att vända sig till socialtjänsten för hjälp också kan få människor att vända sig till religionen. Moss (2011) menar att för att kunna glädjas åt mångfald måste ursprunget vara i en genuin och äkta mening i andligheten. Detta ska inte bara vara någonting de säger för att uppnå social acceptans. Studierna presenterade även koncept om genuin och icke genuin andlighet (Ibid, 2011). Den genuina aspekten av andligheten står för allt som förstärker och uppmuntrar de individuella värdena och främjar dess motståndskraft och styrka. Den icke genuina aspekten av andligheten står för en förtryckande, missbrukande, förnedrande och nedvärderande nivå både på en individuell men också på en grupperad nivå. I diskursen om andligheten och dess relevans i det sociala arbetet har det skapats flexibla ramar, vilka tillåter vidare insikter att bli införlivade. En annan viktig del av ramverket var insyn i den mörka aspekten av mänskligt beteende när det gäller missbruk och förtryck. Med andra ord att socialt arbete skall ta hänsyn

till det individuella och unika i det mänskliga (Moss, 2011). I och med kyrkans och religionens roll som hjälpande och dess vikt för det sociala arbetet i ett tidigt skede, men också idag har det blivit osagt hur religion kan påverka dagens sociala arbete. Skolorna för socialt arbete måste ta ansvar för att skapa ett klimat, där individerna kan undersöka sin egen andlighet. Klimat där olika åsikter värderas och skillnaderna respekteras för att vidare skapa utrymme för mångfald och acceptans (Dessel et al. 2012).

3.5 Traumans betydelse för handläggning

Trauma definieras som: förälders död eller bortgång av syskon, att förälder eller vårdare hade en kronisk sjukdom, att man har upplevt föräldrarnas skilsmässa och/eller annan form av bristande vård och omsorg som sexuellt utnyttjande, misshandel (psykisk och fysiskt) eller en förälder med missbruksproblematik (Pooler, Siebert-Clay, Faul & Huber, 2008). Traumatiska upplevelser varierar i bredd, omfattning och intensitet, vilket gör att det över tid kan beskrivas som en "dos effekt", dvs. hur stor dos av ett trauma som individen upplevde (Maschi, Baer, Morrissey & Moreno, 2012). Effekterna av trauma kan i socialt arbete som profession skapa problem för socialarbetarna själva, men även för brukaren och organisationen (Pooler et al. 2008). Effekterna kan manifesteras genom retraumatisering, psykiatriska sjukdomar, kognitiv försämring, maladaptiva stressreaktioner, fysiskt handikapp/oförmåga och en för tidig död (Machi et al. 2012). De nämnda problemområden kanske inte har så stort genomslag mot omgivningen i den generella populationen, men i socialt arbete som profession kan det skapa problem för socialarbetarna själva, men även för brukaren och organisationen (Pooler et al. 2008).

3.5.1 Val av yrket i traumans spår

Ett tidigt upplevt trauma senare i livet kan utveckla en önskan som att söka sig till yrken där man vårdar och hjälper andra (Pooler et al., 2008). Norcross och Farber (2005) menar att anledningen är i mångt och mycket mer komplext och multideterminerat. Den helt medvetna anledningen "jag vill hjälpa människor" är socialt önskvärd och professionellt accepterad, men det finns flera möjliga motiv som inte behöver vara medvetna. Det är även viktigt att påpeka att det finns faktorer som predisponerar val av yrken, i vårt fall socialarbetarens. Detta medför också de professionella förslitningarna som yrket innehåller, men också försvagningen/försämringen av professionaliteten. Forskningen på området är inte omfattande och ofta av gammal datering, men tyder på att en högre nivå av alkoholism och upplevt trauma under barndomen förekommer mer i psykologers, läkares och socialarbetarnes ursprungsfamiljer än i övriga yrken (Pooler et al. 2008). Ett begrepp som återkommer i flera olika studier och som inte nämns som den enda, men är den största enskilda faktorn i det framtida valet av yrke är parentifikation. Parentifikation anges som den främsta anledningen till att individer senare i livet söker sig till omvårdande yrken som läkare, psykolog, socialarbetare eller sjuksköterska (Nikcevic, Kramolisova-Advani & Spada, 2007). Parentifikation förklararas genom relationen mellan barnet och föräldern. Genom sina barn löser föräldrarna egna obemötta behov från barndomen. Föräldrar söker praktisk men också emotionell vård från sina egna barn. Dessa barn lär sig att deras behov och känslor inte är primärt viktiga och att föräldrarnas eller andras behov är viktigare. De internaliserar en

omvårdande roll i interaktionen med andra människor och söker sig senare i livet till omvårdande yrken som en förlängning av den tidigare antagna rollen (Ibid, 2007). Den nya rollen som professionell vårdgivare kan ses som en förlängning och reflektion av den omkastade rollen mellan barnet och föräldern i barndomen (Pooler et al. 2008).

Barnet utvecklar mer empati mot andra och mindre till sig själv. I en sådan utsatt situation är det parentifierade barnet i familjens brännpunkt och kan ses som bra, duktigt eller dålig beroende på barnets förmåga att acceptera eller stöta bort det påpressade ansvaret (Lackie, 1983). Det överansvariga barnet lider av en låg självkänsla blandat med känslor av en ointegrerad allmakt. Dålig självkänsla är ett resultat av misslyckandet med det omöjliga uppdraget att vara vårdgivare till föräldern. Barnets tillflykt kommer senare i livet att vara sökande efter en maskerad autoritet i och med ett motstånd mot situationer som resulterar i en öppen auktoritet. I studierna från Lackie (1983) har två tredjedelar av dem tillfrågade socialarbetarna beskrivit sin barndomsroll som själv tillräckliga, självgående, självunderhållande, medlande, det duktiga barnet, bärbara eller överansvarsfull och därmed beskrivit sig själva som parentifierade i barndomen. Detta kan medföra bl.a. känslomässiga förslitningar och försvagningar i yrken som socialarbetare och därmed eventuella risker för den professionelle men också för brukaren (DiCaccavo, 2002).

3.5.2 Eventuella risker

Parentifikation och dess natur, menar DiCaccavo (2002), är sådana att personen delvis eller helt saknar insikt och medvetande om den omvårdande rollen eller de uppföringar som har gjorts. De är insatta att bry sig om och hjälpa just de personer som de själva tycker att de är bra på att hjälpa eller dem som de är mottagliga och känsliga mot. Detta kan skapa problem i själva professionen. Det kan orsaka en omedveten indelning av brukare i goda, onda, snälla, elaka, värdiga och ovärdiga. Trauman och dess effekter kan fungera som ett sorts filter för vår uppfattning och tolkning av situationer i omvärlden. Många väljer yrket för den logiken genom att få vårdare-klientrelationen, men också för att lösa sina egna problem. De tror att den logiska lösningen ligger i en mellanmänsklig kontakt. Behovet av att hela andra och hela sig själv utspelas inom ramarna för inskränkning av mellanmänsklig relation som i sin tur ses som läkande och "av sig själv" (Norcross & Farber 2005). Pooler et al. (2008) beskriver vidare flera andra problem som kan uppstå i samband med utveckling av en omvårdande roll i tidig barndom. Dessa är en underutveckling av egenvård och svårigheter med begränsningar. Att säga nej vid påfrestningar från andras behov. Självreflektionen kan också påverkas negativt, vilket resulterar i en sämre insikt om sina egna problem. Identifikationen med rollen som professionell hjälpare växer fram. Socialarbetarna som i stor utsträckning identifierar sig själv som personal eller professionell vårdgivare visar tydligare tecken på en försämring/försvagning av professionaliteten (Ibid, 2008). Dessa förklaringar ger en bild av hur det kan se ut och hur en individs ursprungsfamilj kan ha påverkat valet av yrket och i sin tur den professionella funktionaliteten. Detta kan vara en potentiell fara för brukaren, organisationen och sig själv. Pooler et al. (2008) betonar att det är viktigt att uppmärksamma problematiken för att skapa ett utrymme för socialarbetarna att på ett säkert sätt ta upp personliga problem och svårigheter, utan att detta påverkar deras arbete och även i ett förebyggande syfte mot eventuell skada för brukaren.

4. Material och metod

4.1 Urval

Vi valde att göra en undersökning av handläggare inom missbruk som handlägger missbruksärenden på majoriteten av sin tid. Enligt statistik är svarsfrekvensen på kvantitativa vinjettstudier cirka 20 % (Jacobsen, 2010). Med tanke på representativiteten av resultatet och svarsfrekvensen i vinjettstudier valde vi en totalundersökning. Totalt deltog 67 av 290 kommuner som erbjöds att delta, vilket motsvarar 23% av Sveriges alla kommuner. Vid uppbyggandet av distributionslistan kontaktade vi social- och verksamhetschefer inom kommunal verksamhet via epost och/eller telefon i alla kommuner i Sverige. De kommuner som ville delta skickade sina distributionslistor på missbrukshandläggare till oss via epost. Med dessa mottagna epostadresser byggde vi upp vår distributionslista för massutskick av enkäten. Totalt skickades 225 enkäter ut elektroniskt och av dessa besvarades 106. Svarsfrekvensen uppgick därmed till 47 %. Enkäten var aktiv under tidsperioden tisdagen den 19 november 2013 till och med tisdagen den 10 december 2013. Under denna tidsperiod skickades två påminnelser ut med en veckas mellanrum.

Av de som svarat var 80 kvinnor och 16 män, med ett bortfall av 9 individer som inte ville besvara frågan om kön. Detta gör att vårt urval angående könsfördelning stämmer väl överens med populationen socialsekreterare i Sverige. *”På arbetsmarknaden idag finns det cirka 25000 socionomer. Av dessa arbetar majoriteten, 16000, inom kommuner och landsting. Sammanlagt är 8 av 10 socionomer kvinnor, och av dessa 16000 arbetar 60 % som socialsekreterare.”* (Högskoleverket, 2003).

Den yngste deltagaren var 24 år gammal och den äldste 64 år. Medelvärdet på deltagarnas ålder var 41 år med standardavvikelsen 10,7. Medianåldern var 40,5. Ålder var normalfördelad hos deltagarna, vilket den även är hos den totala populationen av socialsekreterare. Bortfallet var därmed stort som en följd av att vi utökade urvalet. Representativiteten i vår undersökning kan trots bortfallet anses som god, där vi uppnådde syftet med undersökningen som fick med bredden av kommuner spridda i hela Sverige från norr till söder. Att vi arbetade brett ökade möjligheterna till att kunna generalisera upptäckterna från vårt faktiska material till hela populationen (Jacobsen, 2007).

4.2 Val av metod

Metoden som vi använt oss av är en kvantitativ vinjettundersökning. Vinjetterna är fiktiva fall med anknytning till verkligheten. Genom vinjetterna ställs deltagarna inför en fiktiv situation med en person som behöver bedömas och därefter följer ett påstående eller ett svarsalternativ att ta ställning till. Syftet med metoden var att studera och analysera handläggarnas val och bedömningar utifrån hypotetiska situationer som har en god verklighetsförankring. Metodens uppgift var att söka urskiljande och gemensamma bedömningsprinciper. Vinjettundersökningar stämmer väl överens för professionsundersökningar och framförallt i

socialt arbete (Jergerby, 1999). Metoden anses även ha en väldigt liten intervjuareffekt på grund av sin struktur.

För att distribuera vinjetterna med tillhörande enkätfrågor har vi använt oss av en elektronisk webbenkät. Den är skapad i ett program, som kan användas för marknadsundersökningar och/eller undersökningar i utbildningssyfte. Programmet har inbyggda sekretess- och integritetsfunktioner som uppfyller kraven enligt Vetenskapsrådets (2005) riktlinjer. Distributionslistan blev anonymiserad för oss, när enkäten aktiverades. Vi valde en kvantitativ ansats genom slutna frågor, där svaren senare kunde importeras till vårt statistikprogram, SPSS.

4.3 Analysmetod

Vi har använt oss av korstabeller för att få en överblick av vinjetternas svar angående grupperna "religiös", "icke religiös", "har upplevt trauma" och "har inte upplevt trauma". Dessa gruppers samband, samvarians eller skillnader har testats genom analys enligt X^2 – test (uttalas tji-två). X^2 – testet är ett icke-parametriskt test för att avgöra om en signifikant skillnad föreligger vid bedömningen av vinjetterna. P-värdet för hypotesprövningen i vårt X^2 – test var inställt på en sannolikhetsfaktor med ett p-värde mindre än 0,05.

4.4 Enkäten

Enkätens frågor är uppbyggda enligt en förväntad struktur vid undersökningar av professioner (Jacobsen, 2007). Frågorna om kön, ålder och utbildningsbakgrund är testade av Statistiska centralbyrån, SCB. Valet av insatser är insatser som finns att tillgå i alla kommuner i Sverige med ibland olika betydelse, vilket vi har definierat i en instruktion i enkäten (se bilaga 8.2). De sista frågorna om religion och upplevt trauma är avsiktligt trubbigt utförda, eftersom frågor om hälsa (trauma) och religion anses som känsliga personuppgifter enligt Vetenskapsrådets (2005) riktlinjer. Vi har även definierat begreppet upplevt trauma i barndomen i en instruktionstext innan frågan ställs i enkäten. Inga följdfrågor har ställts angående de nämnda känsliga personuppgifterna. Svartalternativen i enkäten är fasta svartalternativ, enligt kvantitativ metod, med undantag för vissa öppna alternativ som vi kallat "Annat" där respondenterna kunde fylla i ytterligare information. Frågan om religion innehöll tre svartalternativ: "Nej", "Ja, Svenska kyrkan" och "Annat". Alternativen "Ja, Svenska kyrkan" och "Annat" kodade vi om och slog ihop i denna fråga till att innebära enbart ja, eftersom gruppen "Annat" enbart bestod av sju respondenter.

4.5 Uppbyggnad av vinjetterna

För att kontrollera bedömningen av vård skapades vinjetter av fiktiva missbrukare. Totalt gjorde vi sex vinjetter bestående av tre män och tre kvinnor med varierande ålder. De hade olika problematik, där vi hade ett uttalat syfte för att mäta objektiviteten. I fem av sex vinjetter ansöker personen om vård enligt SoL 4:1 (SFS 2001:453) och i ett fall fick handläggarna bedöma en anmälan från sjukvården enligt LVM (SFS 1988:870). De fiktiva personernas problematik i vinjetterna skapade vi utifrån bedömningsinstrumentet ASI:s sju olika livsområden. Dessa är: fysisk hälsa, arbete och försörjning, alkohol, narkotika, familj

och umgänge, rättsliga problem och psykisk hälsa (Nyström, Sallmén, & Öberg, 2005). Genom att beskriva dessa sju livsområden på olika sätt försökte vi rikta vinjetterna mot ett visst utfall (se bilaga 8.1). I och med att vissa livsområden beskriver fysisk eller psykisk hälsa har vi även i vissa fall använt oss av beskrivningar på symptom från Socialstyrelsens medicinska klassifikationer enligt ICD-10. Nedan följer en grafisk beskrivning av vinjetternas uppbyggnad.

Tabell 4.5a: Uppbyggnadsstruktur vinjetter

| Vinjetter | Fysisk hälsa | Arbete och försörjning | Alkohol | Narkotika | Familj och umgänge | Rättsliga problem | Psykisk hälsa |
|-----------|--------------|------------------------|---------|-----------|--------------------|-------------------|---------------|
| Erik | — | * | * | * | * | ** | — |
| Maria | — | ** | ** | — | ** | ** | * |
| Lars | — | ** | ** | *** | * | * | — |
| Anna | — | * | ** | ** | ** | * | — |
| Karl | *** | *** | *** | — | * | — | — |
| Margareta | — | *** | *** | *** | *** | — | ** |

Tabellen beskriver de sex vinjetternas uppbyggnad utifrån ASI:s sju livsområden. Stjärnorna beskriver de beskrivna områdena och antalet beskriver tyngden på problematiken inom området. * = lättare problematik ** = mellantung problematik *** = svår problematik

4.6 Reliabilitet och validitet

Intern validitet innebär att resultaten kan uppfattas vara riktiga och ha en överensstämmelse med verkligheten. Vi har styrkt den interna validiteten i enkätens utformning genom att diskutera vinjetternas beskrivningar med socialsekreterare som handlägger missbruksklienter, innan studiens genomförande. Ett annat sätt för att styrka detta har varit att utforma svarsalternativ utifrån aktuell forskning rörande utformning av vinjettstudier. I kvantitativ metod har vi även arbetat med enkätens begreppsvaliditet genom samtal med fackkunniga. Den externa validiteten handlar om instrumentet, enkäten, verkligen mäter vad den avser att mäta. I vårt fall är det en klar begränsning att vi bara har haft en fråga som mäter våra begrepp religion och trauma. Reliabiliteten i vår undersökning är god med standardiserade slutna frågor i en kvantitativ ansats. Det går även att applicera enkäten inom nya kontexter som t.ex. försörjningsstöd, äldreomsorg m.fl. Reliabiliteten ökar även när materialet bearbetas statistiskt med ett stort antal deltagare, där valet av olika analysmetoder är större än i en kvalitativ undersökning. Ytterligare saker som stärker reliabiliteten i vår undersökning är att interaktionen med den intervjuade har en låg grad av påverkan och att enkäten går att avbryta, för att sedan komma tillbaka till. Detta gör själva informationsinhämtandet mer reliabelt, eftersom intervjupersonen själv kan avgöra i en lugn omgivning om och när intervjun ska avslutas. Vår undersökning beskriver tydligt tillvägagångssättet vi använt, vilket möjliggör en upprepning med liknande förväntade resultat.

4.7 Etiska överväganden

Vi har använt oss av och följt Högskolan i Jönköpings anvisningar om etisk egengranskning. Tillsammans med vår handledare, Lilly Augustine, kom vi fram till att vi har skapat en systematisk distributionslista över namn och epostadresser på handläggare inom missbruksenheter i Sveriges kommuner. Denna lista kan inte kopplas till svar i enkäten. Vi kan alltså inte veta vilka som besvarat våra frågor och vilka som inte besvarat frågorna. Denna lista förstörs efter avslutad kurs och återrapportering av vår rapport. Vi har även beaktat och tagit hänsyn till Vetenskapsrådets (2005) forskningsetiska riktlinjer vad det gäller informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet. I det inledande informationsbrevet informerades alla deltagare som anmälde intresse att delta i studien om syftet och att deltagandet var frivilligt. Detta brev informerade även om att uppgifterna behandlas konfidentiellt genom att ingen utifrån kan hänvisa delgiven information tillbaka. Vi använde oss av ett webbaserat dataprogram som skickade ut enkäten elektroniskt genom massutskick och genom den inbyggda sekretessen där har vi ingen vetskap om vem som besvarat enkäten. Enkäten innehåller inga känsliga frågor om personuppgifter eller namn på deltagande kommun. Deltagarna tillhör ingen sårbar målgrupp och vår studie ska genom detta inte innefatta några risker forskningsetiskt. Studien är väl motiverad, eftersom handläggares bedömningar utifrån de subjektiva variablerna religion och upplevt trauma i barndomen är begränsade i en svensk kontext.

5. Resultat

Vår forskningsfråga kommer att besvaras i tur och ordning av olika tabeller för att klargöra trauma och religions inverkan på bedömningen av vinjetterna. För att kunna göra det kommer först en presentation och beskrivning av resultatet relaterad till enkäten att göras (se tabell 5a och 5b). Därefter presenteras resultatet av analysen från ett chi-två test på samtliga vinjetter (se tabell 5c). Tabellerna 5d och 5e redogör tydligare för signifikanta resultat av vinjetterna. Resultatet från vår undersökning består av svaren från de totalt 106 deltagare som besvarade enkäten. Efter tabellerna kommer en fördjupad analys av de olika vinjetterna i relation till trauma och religiositet.

Tabell 5a: Tyngdpunkter val av insats, Religion

| Vinjetter | Öppenvård | HVB | LVM | Annat | Svarsfrekvens antal | Bortfall antal | Totalt antal |
|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------------|-------------------|-----------------|
| Erik | 74 (80,5 %) | — | — | 18 (19,5 %) | 93 (87,7 %) | 13 (12,3 %) | 106 (100 %) |
| Maria | 62 (68,1 %) | 10 (11 %) | — | 19 (20,9 %) | 91 (85,8 %) | 15 (14,2 %) | 106 (100 %) |
| Lars | 61 (66,3 %) | 11 (12 %) | — | 20 (21,7 %) | 93 (87,7 %) | 13 (12,3 %) | 106 (100 %) |
| Anna | — | 39 (43,3 %) | — | — | 90 (84,9 %) | 16 (15,1 %) | 106 (106 %) |
| Karl | — | — | 79 (87,8 %) | 11 (12,2 %) | 90 (84,9 %) | 16 (15,1 %) | 106 (100 %) |
| Margareta | 16 (17,2 %) | 77 (82,8 %) | — | — | 93 (87,7 %) | 13 (12,3 %) | 106 (100 %) |

Tabell 5a beskriver sammansatta tyngdpunkter i val av insats av grupper religiösa och icke religiösa. Värden som anges avser antal deltagare och värde inom parentes är procentuell fördelning.

Tabell 5b: Tyngdpunkter val av insats, Trauma

| Vinjetter | Öppenvård | HVB | LVM | Annat | Svarsfrekvens antal | Bortfall antal | Totalt antal |
|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------------|-------------------|-----------------|
| Erik | 73 (78,5 %) | — | — | 20 (21,5 %) | 93 (87,7 %) | 13 (12,3 %) | 106 (100 %) |
| Maria | 64 (69,6 %) | 10 (10,9 %) | — | 18 (19,6 %) | 92 (86,8 %) | 14 (13,2 %) | 106 (100 %) |
| Lars | 62 (66,7 %) | 11 (11,8 %) | — | 20 (21,5 %) | 93 (87,7 %) | 13 (12,3 %) | 106 (100 %) |
| Anna | 50 (54,9 %) | 41 (45,1 %) | — | — | 91 (85,2 %) | 15 (14,2 %) | 106 (106 %) |
| Karl | — | — | 81 (89,0 %) | 10 (11,0 %) | 91 (85,8 %) | 15 (14,2 %) | 106 (100 %) |
| Margareta | 15 (16,0 %) | 79 (84,0 %) | — | — | 94 (87,7 %) | 12 (11,3 %) | 106 (100 %) |

Tabell 5b beskriver sammansatta tyngdpunkter i val av insats av grupperna upplevt trauma och icke upplevt trauma. Värden som anges avser antal deltagare följt av procentuell fördelning som presenteras inom parentes.

Nedan följer beskrivningar av varje enskild vinjett som beskriver svarsfördelningen inom grupperna religiösa, icke religiösa och upplevt trauma, icke upplevt trauma.

Svarsfördelningen presenteras i procentantal följt av antal inom parentes. Dessa beskrivningar tillsammans med övergripande tabeller från ovan visar en komplett bild av tyngdpunkterna i svarsalternativen inom varje grupp.

Vinjett "Erik": fördelning av val av insats

Erik hade en tyngdpunkt på behov av stödsamtal, fick främst insatserna "tillsynskontakt via öppenvården" eller "öppenvård med strukturerad behandling". Svaren motsvarade våra på förhand antaganden. Svarsalternativ öppenvård valdes av 85,7% (24) av missbrukshandläggare inom gruppen religiösa och 78,2% (50) inom gruppen icke religiösa. Inom gruppen upplevt trauma valde 83,7% (36) av handläggarna svarsalternativ öppenvård och motsvarande svarsfrekvensen för gruppen icke upplevt trauma var 74% dvs. 37 handläggare. Kategorin "Annat" i Eriks fall kodades på grund av ytterst få som valde andra svarsalternativ (en eller två personer). Den består av svarsalternativen: "HVB-extern aktör", "Hälso- och sjukvårdens ansvar (inkl. psykiatri)" och "Ingen insats aktuell från socialtjänsten".

Vinjett "Maria": fördelning av val av insats

Marias fall hade en komplex problematik baserad på beroende i samband med depression. Dessa resultat varierade gentemot vårt antagande om att fallet skulle resultera i svarsalternativ HVB. Inom gruppen religiösa har 60,7% (17) valde öppenvård, 17,9% (5) valde HVB och 21,4% (6) valde annat som svarsalternativ. Motsvarande resultat för gruppen icke religiösa var 71,4% (45) öppenvård, 7,9% (5) HVB och 20,6% (13) valde alternativ annat. När det gäller handläggare inom gruppen som upplevt trauma valde 62,8% (27) öppenvård, 16,3% (7) HVB och 20,9% (9) annat. Inom gruppen icke upplevt trauma valde 75,5% (37) öppenvård, 6,1% (3) HVB och 18,4% (9) valde svarsalternativ annat. Alternativen "tillsynskontakt via öppenvård" och "öppenvård med strukturerad behandling" slogs ihop till att vara "öppenvård" medan alternativ "kategoriboende" och "stödboende" slogs ihop till svarsalternativ HVB. Kategorin "Annat" i Marias fall kodades om och består av svarsalternativet: "Hälso- och sjukvårdens ansvar (inkl. psykiatri)" som valdes av några få deltagare (en eller två).

Vinjett "Lars": fördelning av val av insats

Tyngdpunkt i svarsalternativ hos Lars ligger på öppenvård och HVB. Inom gruppen religiösa har 85,7% (24) valt svarsalternativ öppenvård, 0% (0) valde HVB samt 14,3% (4) valde "annat" som svarsalternativ. Inom gruppen icke religiösa valde 57,8% (37) öppenvård, 17,2% (11) HVB och 25% (16) valde "annat". Motsvarande resultat för gruppen upplevt trauma var 69,8% (30) öppenvård, 11,6% (5) HVB och 18,6% (8) valde "annat". Inom gruppen icke upplevt trauma valde 64% (32) öppenvård, 12% (6) HVB och 24% (12) valde "annat". I Lars vinjett blev insatserna "tillsynskontakt via öppenvården" eller "öppenvård med strukturerad behandling" omkodade till bara öppenvård. Sedan skapades kategorin hem, vård

och boende (HVB) av svarsalternativen ”HVB - Extern aktör” och ”Kategori boende i kommunen”. Kategorin ”Annat” kodades om och består av svarsalternativen: ”Hälso- och sjukvårdens ansvar (inkl. psykiatri)” och ” Ingen insats aktuell från socialtjänsten”.

Vinjett ”Anna” fördelning av insats

I fallet Anna valde de flesta av handläggarna insatserna ”öppenvård” eller ”hem, vård och boende”. Fördelningen inom grupperna religiös och icke religiös ser ut som följande: 55,6% (15) inom gruppen religiösa valde öppenvård och 44,4% (12) valde HVB. Inom gruppen icke religiösa valde 57,1% (36) öppenvård och 42,9% (27) HVB. Fördelningen inom gruppen upplevt trauma är: 52,4% (22) öppenvård och 47,6% (20) HVB medan inom gruppen icke upplevt trauma är fördelningen 57,1% (28) öppenvård och 42,9% (21) HVB.

Kategorin ”Annat” i Annas fall undersöktes. Olika svarsvarianter i den kategorin beskrev antingen dem lokala varianter på öppenvård eller hem för vård och boende. Därefter gjordes omkodning av hela svarsalternativet ”annat” till respektive svarsalternativ ”öppenvård” eller ”hem, vård och boende”. Svarsvarianter som inte valdes av någon eller valdes av ytterst få deltagare, 1 styck, i enkäten kodades om som bortfall.

Vinjett ”Karl”, fördelning av insats

En övervägande majoritet av missbrukshandläggare i Karls fall valde svarsalternativ LVM. Denna vinjett hade detta svarsalternativ som förväntat. Sammanlagt var det bara 11 deltagare av 90 (12,2%) som valde någon utav sex andra svarsalternativ. Deras svarfrekvens hade bred spridning så dessa omkodades som ”annat”. Inom gruppen religiösa 78,6% (22) LVM och 21,4% (6) svarsalternativ ”annat”. Inom gruppen icke religiösa valde 91,9% (57) LVM och 8,1% (5) ”annat” som svarsalternativ. Motsvarande resultat för gruppen upplevt trauma är 82,9% (34) LVM och 17,1% (7) ”annat” medan inom gruppen icke upplevt trauma valde 94% (47) LVM och 6% (3) svarsalternativ ”annat”.

Vinjett ”Margareta”, fördelning av insats

I Margaretas fall har deltagarnas svarfrekvens fördelats över två olika svarsalternativ. Andra svarsalternativ förutom ”Annat” valdes inte. Svarsalternativ ”Annat” undersöktes och sju kommentarer hittades. Dessa kommentarer beskrev i fem av sju fall en variant av svarsalternativet ”öppenvård” i ett fall beskrevs variant på ”Stödboende” och i ett fall beskrevs svarsalternativet ”HVB-extern aktör”. Dessa kodades om, så att de tillhörde respektive svarsgrupp. Svarsalternativen var förväntade. Vid senare tillfälle omkodades svarsalternativen ”stödboende” och ”HVB- extern aktör” till svarsalternativ HVB.

Svarsfördelningen inom gruppen religiösa var 32,1% (9) valde öppenvård och 67,8% (19) valde HVB medan i gruppen icke religiösa valde 10,8% (7) öppenvård och 89,2% (58) HVB. Inom gruppen upplevt trauma valde 14% (6) öppenvård och 86% (37) HVB medan motsvarande resultat i gruppen icke upplevt trauma var 17,6% (9) öppenvård och 82,4% (42) HVB.

Utifrån detta material kunde vi undersöka vår första frågeställning som handlar om samvariation mellan missbrukshandläggarnas val av insats och deras religiösa övertygelse eller upplevt trauma i barndomen. Är handläggarna som har upplevt trauma i barndomen eller är religiösa mer benägna att välja vissa insatser framför andra jämfört med gruppen av handläggarna som inte har upplevt trauma eller anser sig inte ha religiös övertygelse? I följande tabell redovisas resultatet av chi-två testet på samtliga vinjetter efter omkodningen av ovan beskrivna svarsalternativ.

Tabell 5c: Resultat av korstabell, X^2 -test

| Vinjetter | Religion | | Trauma | |
|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | X^2 -test | Signifikans | X^2 -test | Signifikans |
| Erik | 0,697 | Nej | 0,390 | Nej |
| Maria | 0,355 | Nej | 0,249 | Nej |
| Lars | 0,017* | Ja | 0,806 | Nej |
| Anna | 0,889 | Nej | 0,609 | Nej |
| Karl | 0,073 | Nej | 0,093 | Nej |
| Margareta | 0,031* | Ja | 0,451 | Nej |

*Signifikans enligt $P < 0,05$

Resultatet visar att en signifikant skillnad i val av insats förekommer mellan gruppen av missbrukshandläggarna som är religiösa och gruppen icke religiösa. Den signifikanta skillnaden mellan grupperna religiösa och icke religiösa är större i fallet "Lars" än i fallet "Margareta". Det förkommer ingen signifikant skillnad i handläggningen mellan grupperna upplevt trauma och icke upplevt trauma.

Nedan följer två tabeller som beskriver fördelningen av tyngdpunkten av insats för fallet "Lars" (Tabell 5d) och fallet "Margareta" (Tabell 5e) där vi kan utläsa hur skillnaderna i bedömningen av val av insats ser ut.

Tabell 5d: *Fördelning av svarsalternativens tyngdpunkter av val av insats för vinjett Lars mellan religiösa och icke-religiösa.*

| | | Öppenvård | HVB | Annat | Totalt |
|-----------------|----------------------------|-----------|--------|--------|--------|
| Religiös | Antal | 37 | 11 | 16 | 64 |
| | Nej Förväntat antal | 42,4 | 7,7 | 13,9 | 64 |
| | % inom gruppen | 57,8 % | 17,2 % | 25 % | 100 % |
| | Antal | 24 | 0 | 4 | 28 |
| | Ja Förväntat antal | 18,6 | 3,3 | 6,1 | 28 |
| | % inom gruppen | 85,7 % | 0 % | 14,3 % | 100 % |

Tabell 5d visar att i fallet Lars har missbrukshandläggarna som är religiösa varit mer benägna att välja svarsalternativ "öppenvård" framför andra svarsalternativ jämfört med gruppen icke religiösa missbrukshandläggare. Ingen av de religiösa har valt alternativet HVB jämfört med ca. 17% av gruppen icke religiösa som valde HVB som alternativ. Inom gruppen religiösa har hälften så många valt "annat" som svarsalternativ jämfört med gruppen icke religiösa. Enligt omkodningen av svarsalternativet "annat" (se vinjett Lars, fördelning av insats) betyder detta att religiösa missbrukshandläggare är mer benägna att ge vård i någon form jämfört med gruppen icke religiösa som i större utsträckning tycker att Lars borde söka hjälp på annat håll än hos socialtjänsten.

Tabell 5e: *Fördelning av svarsalternativens tyngdpunkter av val av insats för vinjett Margareta mellan religiösa och icke-religiösa.*

| | | Öppenvård | Stödboende (kommunen) | HVB (Extern) | Totalt |
|-----------------|----------------------------|-----------|-----------------------|--------------|--------|
| Religiös | Antal | 7 | 25 | 33 | 65 |
| | Nej Förväntat antal | 11,2 | 21,7 | 32,2 | 65 |
| | % inom gruppen | 10,8 % | 38,5 % | 50,8 % | 100 % |
| | Antal | 9 | 6 | 13 | 28 |
| | Ja Förväntat antal | 4,8 | 9,3 | 13,8 | 28 |
| | % inom gruppen | 32,1 % | 21,4 % | 46,4 % | 100 % |

I Margaretas fall ser vi att religiösa missbrukshandläggare är mer benägna att bedöma behovet till öppenvård jämfört med gruppen icke religiösa. Inom gruppen är den nämnda skillnaden tre gånger så stor jämfört med icke religiösa. Icke religiösa missbrukshandläggare var däremot mer benägna att välja svarsalternativet ”stödboende i kommunen” jämfört med icke religiösa. Denna skillnad var dubbel så stor jämfört med gruppen religiösa. Däremot ser vi ingen stor skillnad mellan grupperna när det gäller svarsalternativet ”HVB-extern aktör”.

6. Diskussion

Handläggarens personliga erfarenheter i form av upplevt trauma och religiös tro har idag ingen plats i forskningen. Till viss del kan det bero på hur socialt arbete bedrivs i Sverige. I Sverige är statlig styrning, evidensbaserad praktik och teorier om domäner viktigt. Staten och svenska kommunala förvaltningar i samverkan med landsting har det yttersta ansvaret för utsatta grupper som i vårt fall individer med missbruksproblematik.

Kommer upplevt trauma i barndomen eller religiös övertygelse att påverka missbrukshandläggarens bedömning till val av insats?

Våra analyser visar inga signifikanta skillnader mellan gruppen traumatiserade och icke traumatiserade vad det gäller bedömningen och valet av insatser i vår vinjettstudie. Denna grupp visar sig tvärtom i vårt resultat vara väldigt homogen och likvärdig i bedömningen av vinjetterna oavsett upplevt trauma. Forskningen om trauma (Lackie, 1983; DiCaccavo, 2002; Norcross & Farber, 2005; Nikcevic et al., 2007; Pooler et al., 2008; Maschi et al., 2012) är omfattande, vilket även var en motivering till vår undersökning av trauma. Om professionella förslitningar eller försämring av professionaliteten som följd av tidigare upplevt trauma hos missbrukshandläggaren finns går inte att utläsa i vårt resultat. Parentifikation som följd av upplevt trauma i tidig barndom kunde resultera i en hel eller delvis omedvetenhet om den omvårdande rollen socialarbetaren har (DiCaccavo, 2002). Detta kunde vidare resultera i en omedveten indelning av brukare som goda, onda, snälla, elaka, värdiga eller ovärdiga. Trauma och dess effekter kunde fungera som ett filter för socialarbetarens uppfattning och tolkning av omvärlden (DiCaccavo, 2002; Pooler et al. 2008). Eventuella genomslag av tidigare upplevt trauma hos socialarbetaren som tidigare forskning beskriver går inte att utläsa i vår studie. Med hänsyn till hur stor andel av missbrukshandläggarna som använder sig av bedömningsinstrument kan en slutsats vara att statlig styrning och evidensbaserad praktik har ökat objektiviteten inom gruppen handläggare med upplevt trauma. En annan slutsats skulle kunna vara att ett tidigare upplevt trauma inte har påverkan på arbetet hos missbrukshandläggare idag. Deras upplevda trauman innebär inte att de är traumatiserade idag.

Angående religiös övertygelse och dess inverkan på handläggarens bedömning har vi funnit skillnader vid bedömningen av två stycken vinjetter i vårt resultat. Dessa vinjetter var fallen om ”Lars” (vinjett 3) och ”Margareta” (vinjett 6). Det gemensamma för dessa två vinjetter är närliggande ålder, familjesituation, umgängeskrets och missbruksbild. Det som skiljer dem åt är bostadssituationen och försörjningen. Vi kan tänka oss att dessa två vinjetter skapade mest utrymme för tolkning i bedömningen av val av insats. I fallet ”Lars” var gruppen religiösa

handläggare mer benägna att välja alternativen ”öppenvård” eller ”annat”. Ingen i gruppen religiösa har valt ”hem för vård och boende” alternativet jämfört med gruppen ”icke religiösa” som ändå valde HVB som svaralternativ i en mindre omfattning. Samma tendens noterades i fallet ”Margareta”. Religiösa handläggare hade även där mer benägenhet att välja svarsalternativ som ”öppenvård” jämfört med gruppen ”icke religiösa”.

Det vi tyckte var av intresse i fallet Karl var att ingen av handläggarna skulle kunna bedöma någon annan insats än LVM enligt lagrum. Gruppen ”religiösa” var nästan tre gånger större inom svarsalternativet ”annat” jämfört med gruppen ”icke religiösa”. Det skulle vara ytterst intressant att veta hur handläggarna i båda grupperna (religiösa och icke religiösa) resonerade kring de olika fallen och hur de kompenserade för eventuella informationsluckor i vinjetterna. ”Karls” vinjett är byggd så att utfallet skulle resultera i ett LVM-beslut om omedelbart omhändertagande. Resultatet av korstabellen räckte inte för att säkerhetsställa en statistisk signifikans, men det fick oss att titta närmare på dessa tre fall. Även där var gruppen ”religiösa” mer benägna att döma ”annat” än LVM jämfört med gruppen ”icke religiösa”.

Människor som är religiösa reagerar mer principfast när det gäller moraliska dilemman. Individer som var konservativt religiösa hade även svårt att representera eller arbeta för människor som överträder deras egna moralövertygelser (Torres-Harding et al. 2013). Om det är så i vår studie vet vi inte, men Dessel et al. (2012) menar att socialarbetaren i vissa fall kan förlita sig mer på sin religiösa övertygelse än på utbildningen i sitt professionella beslutsfattande. Diskussionen om andlighetens plats i socialt arbete mynnar ut i frågan om brukarens utsatthet antingen mot andligheten i sig eller socialarbetaren och dess religiösa övertygelse (Crisp, 2011). Hänsyn måste tas till båda sidor av andligheten. Religiösa världsuppfattningar kan vara gränsöverskridande, men också en del av själva problemet menar Moss (2011). Oavsett religion kan den professionelle utveckla motstånd baserad på en religiös övertygelse. Detta kan sedan vidareutvecklas till att innefatta klasskillnader (Dwyer, 2010). Mätinstrumentet i vår studie är trubbigt för att kunna mäta dessa påståenden, men resultatet tyder på att det kan finnas underlag för en fördjupad diskussion även i en svensk kontext när det gäller religion och dess plats inom socialt arbete. För att diskussionen skulle ta plats måste man först skapa ett klimat där olika åsikter värderas och skillnader respekteras för att skapa utrymme för en mångfald och acceptans (Dessel et al. 2012). Genom diskussionen skapas flexibla ramar, vilka i sin tur tillåter vidare insikter att bli införlivade. Genom diskussion skall socialt arbete ta hänsyn till det unika och individuella i det mänskliga (Moss, 2011).

I våra resultat konstaterar vi att det totalt finns 28 av 93 personer som är anslutna till ett religiöst förbund, vilket blir 30,1 % av den undersökta populationen. Intresset för andlighet och religion har ökat de senaste åren (Larsen, 2011). Detta kan både vara positivt eller negativt för brukaren. I ett motivationssyfte kan detta verka positivt samtidigt som det även kan övergå i paternalism, där brukaren i en utsatt grupp utsätts för socialsekreterarens existentiella trosuppfattning (Moss, 2011; Dessel et. al., 2012). Däremot kan en stark religiös trosuppfattning göra individen mer principiell när det gäller frågor om moraliska dilemman, vilket leder till en ökad human människosyn med mindre fördomar (Torres-Hardings et al.,

2013). Denna övertygelse kan även förklara varför dessa individer söker sig till arbete med socialt utsatta grupper. Intressant är att vårt resultat, 30,1 %, är jämförbart i liknande forskning (Larsen, 2011) som mätt graden av religiösitet mer ingående med mer djupgående bedömningsinstrument. Vi kan inte dra några slutsatser om huruvida religion påverkar socialt arbete positivt eller negativt, men det är som Crisp (2011) menade att en diskussion skulle behövas. Religionens betydelse och påverkan på socialt arbete varierar beroende på statskick och kontext. Genom sin roll och vikt har kyrkans och religionens påverkan på socialt arbete blivit odiskuterat (Dessel et al. 2012). För att verkligen ta hänsyn till det unika och individuella i socialt arbete måste en diskussion om religion och dess eventuella plats inom professionen föras. Framförallt för att skapa ett klimat för att göra det möjligt. Skall eller kan socialt arbete i sin säkylära form hålla sig fri från religiösa ramverk eller religiösa världsuppfattningar som Moss (2011) beskriver det, så skulle detta kunna vara ett tema för diskussionen. Vi funderar om det är möjligt att hålla socialt arbete fri från religiösa ramverk och världsuppfattningar när cirka 30 % av alla missbrukshandläggare anser sig själva som religiösa. I vår definition av religiös ska individen vara ansluten till ett religiöst förbund. När det gäller brukare så vet ingen hur många av dem som i sin tur är religiösa. Samma omständigheter som får människor att vända sig till socialtjänsten kan också få de att vända sig till religionen (Crisp, 2011). Som en inneboende del av varje människa är andligheten relevant i alla aspekter av socialt arbete (Dwyer, 2010).

Trauma bestod av en population av totalt 44 av 93 personer. Detta medförde att 47,3 % av populationen har upplevt ett trauma i barndomen. Att så många i vår undersökta population just upplevt detta bekräftas av forskningen (Lackie, 1983; Nikcevic et. al., 2007; Pooler et al., 2008) som menar att just denna målgrupp söker sig till omvårdande yrken. Den internationella forskningen har undersökt flera yrkesgrupper angående förekomsten av människor som upplevt trauma i barndomen. Vår studie saknar denna jämförelse i en svensk kontext. I samhället är även egenskapen och önskan att ”hjälpa andra människor” socialt önskvärd och av yrkesgruppen professionellt accepterad (Norcross & Farber, 2005). Framtida studier skulle kunna undersöka förekomsten av upplevt trauma i barndomen inom olika professioner och yrkesgrupper.

Forskningsfrågan kom vi fram till medan vi läste bakgrundsmaterialet i det valda ämnesområdet. Det intressanta var att både trauma och religion som ämnen inom socialt arbete inte är beforskade i samma omfattning i en svensk kontext som de är internationellt. Detta väckte vårt intresse för just dessa ämnen. Svårigheten med att mäta dessa två skilda ämnen på ett mer ingående sätt bestod av en etisk hänsyn till känsliga personuppgifter. Med hänsyn till handläggarna och en begränsad tidsram för vår studie kunde vi inte gå mer på djupet i denna fråga.

Meningen med vår studie var inte att påvisa orsaksamband utan bara att skrapa på ytan och undersöka om det finns någonting som kan motsvara de internationella forskningsresultaten. När det gäller trauma hittade vi ingen skillnad i bedömningen mellan missbrukshandläggarna. Det som däremot går att diskutera vidare är om en statlig styrning med riktlinjer och dess bedömningsinstrument spelar en avgörande roll i handläggarnas bedömning.

Resultatet i vår studie matchar den internationella forskningen om hur vanligt det är med människor som upplevt ett trauma i barndomen inom omvårdande yrken som vårt, socialt arbete. Vårt resultat stämde väl överens med bakgrundsforskningen. Religionen har trots sin mindre andel i den undersökta populationen gett mer utslag i vårt resultat. Genom hänsyn till vårt mätinstruments trubbighet och studiens begränsning kan vi ändå påstå att grunden för en vidare diskussion är gjord. Resultatet visar att religionens inverkan skapade en skillnad i bedömningen av två fall. Det fanns även ett tredje (vinjett "Karl") fall som var väldigt nära en signifikant skillnad. Vi kan också konstatera att dessa tre beskrev de tyngsta fallen med en svår problematik. Det skulle därför vara intressant att undersöka ämnena religion och trauma på nytt genom en ny djupare undersökning. För att kunna undersöka dessa variabler mer genomgående krävs en ansökan om etisk granskning hos den regionala etikprövningsnämnden. I Jönköpings fall tillhör de att ansöka om detta i Linköping. Detta är inte ämnat för en kandidatuppsats och för att få en sådan ansökan beviljad krävs det även att vi ska ha forskarbehörighet inom ämnet. Representativiteten i vår undersökning för att kunna generalisera resultaten i våra resultat anser vi ändå som goda trots ett stort bortfall av Sveriges totala antal kommuner. Detta har vi försökt att styrka genom att statistiskt bearbeta informationen om vårt urvals normalfördelning, ålder och kön mot den totala populationen. Ytterligare svagheter i enkätens konstruktion anser vi vara att en kontrollfråga om intern validitet saknas samt att vårt insamlade material inte uppnår information på den statistiskt högre kvotskalan. Hänsyn skall även tas till bakgrundsforskningen som saknar svenskt kontext. Skillnader i hur olika länder organiserar socialt arbete är stor. Det vi däremot vet är hur detta system fungerar i en svensk kontext.

Handläggningen i Sverige påverkas genom statlig styrning, stiftandet av nya lagar och offentliga utredningar. De flesta misbrukshandläggarna i vår undersökning använder sig av någon form av bedömningsinstrument som är ett steg i en evidensbaserad praktik (Bellamy et al., 2009). Enligt evidensbaserad praktik, EBP, ska bedömningen av brukaren inte bero på individuella egenskaper hos handläggaren, fördomar eller förförståelse. EBP motverkar den subjektiva inverkan på bedömningen genom objektivitet och effektutvärderingar (Stensson & Sundell, 2010). Liknande studier med flera operationaliserade variabler och frågor bättre anpassade för en svensk kontext skulle kunna utföras. Detta skulle resultera i möjligheten att utföra fler statistiska tester och kanske till och med fastställa hur stor korrelations- och determinationskoefficienten är. Däremot tycker vi att vårt mätinstrument trots sin trubbighet är reliabelt och att flera mätningar kan göras med ett förmodat liknande utfall.

Styrkan med metoden var att alla deltagare fick samma förutsättningar vid bedömningen. Svagheten var att fiktiva fall bara beskriver en hypotetisk situation som inte är knuten till en verklig individ (Jergeby, 1999). Ytterligare svagheter och en nackdel med vår studie kan ha bestått av en komplex enkät. Kriterierna för en komplex enkät består av deltagare som inte kan fråga om de inte förstått innebörden i frågan. Sedan är svarsfrekvensen mycket sämre i en kvantitativ vinjettundersökning än i en kvalitativ.

Vår studie bestod av en förutsedd objektiv handläggning som består av en statlig styrning och användandet av bedömningsinstrument, främst ASI. I enkäten svarade 41 deltagare (41,8 %) att de hade en kortare utbildning i ASI (vilket även är ett krav för att använda ASI) med vidareutbildning varje år och att 86 deltagare (89,6 %) använder ASI. Värt att notera var att det var 10 deltagare (11 %) som svarade att de inte använder något bedömningsinstrument alls. Med denna bakgrund kan vi utläsa resultaten av vår studie att den statliga styrningen och användandet av främst ASI, ändå har gett förväntade tyngdpunkter på våra vinjetter enligt vår bedömningsmall. ASI är en liten del i en evidensbaserad praktik, EBP, och frågan i vårt fall är om det vetenskapliga utförs av utförarna, socialarbetarna, eller genom statlig styrning och manualer. I vårt fall tycker vi att trauma och religion är två väsentliga delar i det personliga livet hos socialarbetarna, som givetvis på något sätt får uttryck i arbetet även om vi inte kunde mäta signifikans i det. EBP beskrivs som ett uppifrån-ner projekt, där det individuella bara försvinner genom implementering av instrument. Vi tror att ASI är bra och skapar mer objektivitet eller som andra screeningsverktyg, ex. ADAD, AUDIT, DUDIT m.fl. gör att grunden är jämställd. När det kommer till det slutgiltiga bestämmandet av insats ger ASI:s datasvar kanske bara en del av det slutgiltiga valet för insatsen. Användningen av EBP:s programteoretiska metoder som t.ex. bedömningsinstrumentet ASI, garanterar inte heller på något sätt att en insats syfte förändrar klienternas förhållanden från den reella situationen. Med andra ord innebär det bara att socialtjänsten kan vara nöjda med sina medarbetares objektivitet och trohet till förvaltningen och dess arbetsmetoder, men klientens förhållande och förändringsarbete är mindre intressant. Evidensprojektet är önskat och det är främst socialcheferna och gruppcheferna, även kallade ”1:e socialsekreterare”, som ska få in arbetsmetoderna i rutinerna. Trots detta, så är det just dessa chefer som är skeptiska till att mäta effekter av sina medarbetares arbetsmetoder och resultat. Det hävdas att det är svårt att få orsakssamband som går att utläsa i verkligheten. ASI skall också utvärdera missbruksklienterna efter genomförda insatser och just på den punkten är det få eller inga klienter som inser nyttan för dem att delta. Det innebär rent praktiskt att resultaten inte går att utläsa, eftersom brukarnyttan saknas i denna del av bedömningsinstrumentet, i vårt fall ASI.

Vi har beskrivit en objektiv och en subjektiv del i bedömningen av missbruksklienter i en svensk förvaltning, den svenska socialtjänsten. Denna svenska kontext kan även skapa ett skydd för handläggare som är djupt religiösa eller traumatiserade, eftersom de hjälper, och eventuellt ”stjälper”, klienter mer än vad som behövs och inte upptäcker sina egna fel och brister. Ur det andra perspektivet kan det evidensbaserade arbetssättet väl svara för förvaltningens bästa, men inte för brukaren eller professionens. Domänteori i socialt arbete är bara ett sätt att betrakta förvaltningen och den professionelles dubbla sidor. Dessa begrepp är pågående forskning med flera nya nyinstitutionella teorier om hur handläggning och EBP påverkar arbetet.

7. Referenslista

Abrahamson, M. & Tryggvesson, K. (2008). *Användning av bedömningsinstrument i missbruksvården – En nationell kartläggning och fallstudier av två län*. IMS – Institutet för metoder i socialt arbete, Artikelnr:2008-112-2. Stockholm: Socialstyrelsen.

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8645/2008-112-2_20081122.pdf

Hämtad: 2013-12-01, Sökväg: socialstyrelsen.se.

Bellamy, J. L., Bledsoe, S. E., Fang, L., Manuel, J. L. & Mullen, E. J. (2009). *Preparing Social Work Practitioners to Use Evidence-Based Practice - A Comparison of Experiences From an Implementation Project*. Research on Social Work Practice, Vol. 19 No.5. USA: SAGE Publications. doi: 10.1177/1049731509335547.

Bengtsson, H. (2010) *Offentlig förvaltning. Att arbeta i demokratins tjänst*. Malmö: gleeerups Utbildning AB.

Bergmark, A. & Lundström, T. (2006) Mot en evidensbaserad praktik? – Om färdriktningen i socialt arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift nr 2*, s.99-113.

<http://svt.forsa.nu/Documents/Forsa/Documents/Socialvetenskaplig%20tidskrift/Artiklar/2006/Mot%20en%20evidensbaserad%20praktik%20-%20Om%20f%C3%A4rdriktningen%20i%20socialt%20arbete%20av%20Anders%20Bergmark%20och%20Tommy%20Lundstr%C3%B6m.pdf>

Hämtad: 2013-11-29, Sökväg: FORSA, forskning i socialt arbete.

Bergmark, Anders. (2011). *Koloss på lerfötter? Svagt empiriskt stöd för missbruksutredningens förslag (SOU 2011:35) om ändrat huvudmannaskap*. Nordic Studies on Alcohol&Drugs / Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift, 2011, Vol. 28 Issue 4, p393-396, 4p.

<http://versita.metapress.com/content/5275103582238124/fulltext.pdf>

Hämtad: 2013-12-12 Sökväg: Google scholar.

Bergmark, A., Bergmark, Å. & Lundström, T (2011) *Evidensbaserat socialt arbete – teori, kritik, praktik*. Stockholm: Natur & Kultur.

Blomqvist, J. & Oscarsson, L. (2006) Att utvärdera behandlingseffekter vid alkoholmissbruk. Några metodfrågor och deras implikation för behandlings- och riktlinjearbete. I *Faktaunderlag till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Crisp, R. B. (2011). If a Holistic Approach to Social Work Requires Acknowledgement of Religion, What Does This Mean for Social Work Education?. *Social Work Education: The International Journal*, 30(6), 663-674. doi: 10.1080/02615479.2011.586564

Dessel, B. A., Woodford, R M. & Gutiérrez, L. (2012). Social Work Faculty's Attitudes Toward Marginalized Groups: Exploring the Role of Religion. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 31(3), 244-262. doi: 10.1080/15426432.2012.679841

DiCaccavo, A. (2002). Investigating individuals' motivations to become counseling psychologists: The influence of early caretaking roles within the family. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75(4), 463-472. doi: 10.1348/147608302321151943

Dwyer, M. M. (2010). Religion, Spirituality, and Social Work: A Quantitative and Qualitative Study on the Behaviors of Social Workers in Conducting Individual Therapy. *Smith College Studies in Social Work*, 80(2-3), 139-158. doi: 10.1080/00377317.2010.486359

Ejlertsson, G. (2003) *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur AB.

Engström, C. (2005) *Implementering och utvärdering av Addiction Severity Index (ASI) i socialtjänsten*. Umeå: Umeå Universitet.

<http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:143914/FULLTEXT01.pdf>

Hämtad: 2013-11-17 Sökväg: Umeå Universitet

Högskoleverket (2003). *Social omsorgsutbildning och socionomutbildning – en översyn*.

Högskoleverkets rapportserie 2003:29 R. ISSN 1400-948X. Kalmar: Lenanders Grafiska AB.

<http://www.hsv.se/download/18.539a949110f3d5914ec800093389/0329R.pdf>

Hämtad: 2013-12-17 Sökväg: Högskoleverket.

Jacobsen, D. I. (2007). *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Upplaga 1:5. Lund: Studentlitteratur AB.

Jergeby, U. (1999) *Att bedöma en social situation. Tillämpning av vinjettmetoden*. Norstedts: Stockholm. http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/12011/1999-9-3_199993.pdf

Hämtad: 2013-11-28 Sökväg: socialstyrelsen.se

Larsen, M. K. (2011). How Spiritual Are Social Workers? An Exploration of Social Work Practitioners' Personal Spiritual Beliefs, Attitudes, and Practices. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 30(1), 17-33. doi: 10.1080/15426432.2011.542713

Lackie, B. (1983). The families of origin of social workers. *Clinical Social Work Journal*, 11(4), 309-322. doi: 10.1007/BF00755898

Maschi, T., Baer, J., Morrissey, B. M. & Moreno, C. (2012). The Aftermath of Childhood Trauma on Late Life Mental and Physical Health: A Review of the Literature. *Traumatology*, 19(1), 49-64. doi: 10.1177/1534765612437377

Moren, S., Blom, B. & Perlinski, M. (2010). *Domänteori för organisering av socialt arbete*. Umeå: Umeå Universitet, avdelningen för socialt arbete.

<http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:356115/FULLTEXT02>

Hämtad: 2013-11-28 Sökväg: Umeå universitet

Nikcevic, V. A., Kramolisova-Advani, J., & Spada, M. M. (2007). Early Childhood Experiences and Current Emotional Distress: What Do They Tell Us About Aspiring Psychologists?. *The journal of psychology*, 141(1), 25-34. doi: 10.3200/JRLP.141.1.25-34

Norcross, C. J., & Farber, A. B. (2005). Choosing Psychotherapy as a Career: Beyond "I Want to Help People". *Journal of clinical psychology/In session*, 61(8), 939-943. doi: 10.1002/jclp.20175

Nordlander, L. (2006). *Mellan kunskap och handling – om socialsekreterares kunskapsanvändning i utredningsarbetet*. ISBN:91-7264-220-3. Umeå: Print och media.

<http://umu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:145101>

Hämtad: 2013-11-28 Sökväg: Umeå universitet.

Nyström, S., Sallmén, B. & Öberg, D. (2005). *Beslut för bättre grunder – en handbok för ASI-användare*. ISBN: 91-7201-911-5. Socialstyrelsen: Institutet för metoder i socialt arbete, IMS.

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9970/2005-112-1_20051122.pdf

Hämtad: 2013-11-28 Sökväg: socialstyrelsen.se

Nyström, S., Andrén, A., Zingmark, D. & Bergman, H. (2010). The reliability of the swedish version of the Addiction Severity Index (ASI). *Journal of Substance Use*, vol.15, No 5, page 330-339. doi: 10.3109/14659890903431629

Oscarsson, L. (2009). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Pooler, K. D., Siebert-Clay, D., Faul, C. A., & Huber, R. (2008). Personal History and Professional Impairment. *Administration in Social Work*, 32(2), 69-85. doi: 1300/J147v32n02_05

SBU-rapport. (2001) *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem*. Volym I och II. Stockholm. Statens beredning för medicinsk utvärdering.

SFS (1982:763) *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763

Hämtad:2013-12-01 Sökväg: riksdagen.se.

SFS (1988:870) *Lag om vård av missbrukare i vissa fall*. Stockholm: Socialdepartementet
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1988870-om-var-d-av-miss_sfs-1988-870/?bet=1988:870
Hämtad: 2013-12-01 Sökväg: riksdagen.se.

SFS (2001:453) Socialtjänstlag. Stockholm: socialdepartementet
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/
Hämtad: 2013-12-01 Sökväg: riksdagen.se

Socialutskottets betänkande (2012/13:Sou18). *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården*. Stockholm: Socialdepartementet
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utskottens-dokument/Betankanden/God-kvalitet-och-okad-tillgang_H001SoU18/
Hämtad: 2013-11-28 Sökväg: riksdagen.se

Socialstyrelsen (SoS 2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. ISBN: 978-91-85482-90-0, Artikelnr: 2007-102-1.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-102-1>
Hämtad: 2013-11-28, sökväg: socialstyrelsen.se

SOU (2008:18). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren*.
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/10/05/51/b6695b69.pdf>
Hämtad: 2013-11-29 Sökväg: regeringen.se

SOU (2011:6) *Missbruket, Kunskapen, Vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga*. Stockholm: Elanders. <http://www.regeringen.se/content/1/c6/16/00/94/6b16b1e7.pdf>
Hämtad: 2013-12-01 Sökväg: Riksdagen.se

SOU (2011:35) *Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individens kunskapen, ansvaret*. Stockholm: Socialdepartementet.
<http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/167105>
Hämtad: 2013-11-28 Sökväg: regeringen.se

Stensson, E. & Sundell, K. (2010). *Effektutvärderingar i doktorsavhandlingar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-24>
Hämtad: 2013-11-28 Sökväg: socialstyrelsen.se

Svensson, K., Johnsson, E. & Laanemets, L. (2008). *Handlingsutrymme. Utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur & Kultur.

Sveriges officiella statistik (2013). *Insatser år 2012 för vuxna med missbruks- och beroendeproblem och för övriga vuxna*. Stockholm: Socialstyrelsen.

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-6-24>

Hämtad: 2013-11-28 Sökväg: socialstyrelsen.se

Torres-Harding, R. S., Carollo, O., Schamberger, A. & Clifton-Soderstrom, K. (2013). Values and Religiosity as Predictors of Engagement in Social Justice. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 41(4), 255-266. doi: 10.1080/10852352.2013.818489

Vetenskapsrådet. (2005). *Vad är god forskningssed? Synpunkter, riktlinjer och exempel*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000334/god_forskningssed_3.pdf

Hämtad: 2013-11-28 Sökväg: vr.se

Wallander, L. & Blomqvist, J. (2005). *Vad styr vårdvalen? En faktoriell studie som predicerar val av insats inom socialtjänstens missbruksvård*. Stockholm: Forsknings- och utvecklingsenheten.

<http://www.mah.se/upload/Forskning/Professionsforskning/dokument/VadStyr.pdf>

Hämtad 2013-11-28, sökväg: Google Scholar

Yunong, H & Fenzhi, M. (2009). *A reflection on reasons, preconditions, and effect of implementing evidence-based practice in social work*. *Social Work*, 54(2): 177-181.

<http://web.ebscohost.com/bibl.proxy.hj.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=509911a3-daa7-4f6a-90fb-d4160741e530%40sessionmgr115&hid=117>

Hämtad: 2013-11-28 Sökväg: SocIndex

8. Bilagor

8.1 Vinjetter

Vinjett 1, Erik

Erik är 22 år gammal och bor fortfarande hemma hos sin mamma. Han hade det svårt i skolan och slutförde inte gymnasiet. Efter skolan har Erik bara haft tillfälliga feriearbeten som hans far ordnat åt honom. Erik är osäker om sina framtidsplaner, just nu vet han inte vad han vill göra och känner sig bara uttråkad. På fritiden spelar Erik LAN med sina vänner. På helgerna umgås han med samma vänner och blir alltid väldigt berusad av alkohol. Alkoholintaget har ökat och numera dricker han även på vardagarna med sina vänner. Eriks föräldrar sepererade långt tillbaka och hans far träffar han inte så ofta. Relationen med hans far är på en kamratnivå. Erik har flera gånger hamnat i berusat tillstånd och slagsmål. Den senaste gången blev han polisanmäld och väntar nu på rättegång för misshandel. Nu ansöker Erik om hjälp hos er. Han anser inte alkoholen problematisk, men ansöker eftersom hans mamma önskar det och att de har haft problem med kommunikationen på sistone.

Kommentar: *Fallet Erik är ett lättare fall, som är ett gränsfall att bevilja insats till. Vi förväntar oss att handläggarna beslutar om högst stödsamtal eller hänvisar till Landstingets öppenvård. Han har ett riskbruk med substansen alkohol. Boendet är ordnat genom hans mamma. Hans nätverk och umgängeskretsar kanske är fel. Relationen med sin familj är också utredningsbar.*

Vinjett 2, Lars

Lars är 47 år gammal och är en ensamstående tvåbarnsfar. Barnen är numera utflyttade, 20 respektive 23 år gamla. På vardagarna arbetar Lars som lastbilschaufför sedan 15 år. De senaste åren har det varit stressigt på arbetet och Lars började att använda amfetamin för att orka med tempot och de långa arbetsdagarna. Lars har svårt att sova och han umgås bara med sina arbetskolligor med liknande bruk av amfetamin. På fritiden umgås dem och dricker alkohol och använder amfetamin för att koppla av från arbetet. Det är dyrt med amfetamin och Lars har tagit lån på 170 000 SEK, som han fått krav från kronofogden på. Han har inte betalat hyran de senaste två månaderna och riskerar att bli vräkt. Arbetetsgivaren har startat en utredning av honom, eftersom han ofta anmält sig sjuk på senaste tiden. Nu ansöker Lars om hjälp hos er. Lars är motiverad att bli drogfri för att umgås mer med sina barn, som han inte träffat på länge. Han vill även behålla sitt arbete.

Kommentar: *Lars har medelsvår problematik och ett blandmissbruk och är beroende av substanserna amfetamin och alkohol. Boendesituationen är hotad och han har skulder. Nätverket är väldigt begränsat med fel umgängeskretsar. Familjesituationen är oklar. Vi förväntar oss att handläggarna beslutar om varierande stödinsatser för Lars.*

Vinjett 3, Karl

Karl är 58 år, arbetslös och beroende av alkohol. Han är skild och har två vuxna barn som inte vill ha någon kontakt med honom. Han önskar ändå att ha kontakt med sina barn. Karl har varit hemlös i sex år innan kommunen ordnade en resocialiseringslägenhet åt honom. Han är känd hos socialtjänsten sedan en lång tid tillbaka. Karl har en historik av olika misslyckade försök på behandlingshem. Denna gång har Karl kommit till socialtjänsten efter en anmälan om LVM från läkaren. Hälsotillståndet hos Karl beskrivs med förhöjda levervärden och en nedsatt njurfunktion. Det står även att patienten lider av ett livshotande hälsotillstånd, vilket gör att patienten kommer att avlida om inget görs mot dennes missbruk. Karl vill inte veta av socialtjänsten och är arg och aggressiv, han är inte motiverad att sluta med alkohol. Ni rings upp av socialjouren och skall handlägga Karl.

Kommentar: *Vi förväntar oss en utredning enligt LVM och ansökan hos socialnämnden enligt paragraf 13, omedelbart omhändertagande. Handläggarna bör rekommendera ett behandlingshem under tre- eller sex månader. Vilka övriga stödinsatser som väljs är skillnaden i detta fall. Motivationsåtgärderna kommer att variera och vi tror att kontakten med barnen är den viktigaste faktorn.*

Vinjett 4, Maria

Maria är 38 år gammal, är gift och har två barn, 10 respektive 12 år gamla. Maken arbetar inom byggbranschen och är borta i veckorna och arbetar på ackord. Maria arbetar administrativt inom kommunen. Hennes umgängeskrets är en kvinna som är deras granne, sin syster och mor. Hon hade en förlossningsdepression med det yngsta barnet och sedan dess har hon medicinerats med anti-depressiva mediciner. Maria dricker alkohol varje dag och har gjort detta sedan det yngsta barnet föddes. Hon klarar arbetet, men har det svårt i veckorna med barnen som hon är ensam med. En måndagsmorgon blir hon fast i en alkoholkontroll och blir dömd för rattonykterhet. Familjen bor i hus och har ordnad ekonomi. Maria uttrycker även suicidala tankar och är väldigt instabil. Hon har sökt hjälp hos sjukvården, som dock anser henne stabil så länge som hon medicinerar. Maria ansöker nu om hjälp med sitt alkoholmissbruk, hon är ledsen och bryter ihop vid det första samtalet.

Kommentar: *Maria har ett utvecklat ett beroende av alkohol och medicinerar för en depression, som inte släppt sedan en lång tid tillbaka. Sjukvården har nekat henne hjälp och hon behöver mycket hjälp. Vi förväntar oss att hon blir inlagd på ett behandlingshem för att bli av med beroendet. Sedan tror vi att insatser för depressionen kommer att variera.*

Vinjett 5, Anna

Anna är 24 år gammal och är arbetslös. Hon har tagit examen från gymnasiet, men orkar inte studera vidare direkt. Hon bor sedan sju månader tillbaka med en vän, eftersom hennes mor och nya pojkvän haft konflikter och bråk med henne. Hennes far bor på en annan ort och de träffas inte så ofta. Anna dricker mycket alkohol och röker hasch. Hon uttrycker att "livet är en fest", vilket rättfärdigar alkohol och hasch dagligen. Den senaste tiden har Anna blivit inlagd på sjukhus flera gånger för alkohol-förgiftning med magpumpning som följd. Anna har sms-skulder på 50 000 SEK och är aktuell för indrivning hos kronofogden. Hon känner ett behov av hasch och har börjat stjäla handväskor för att få in pengar. Anna är inte lagfören för några brott. Hon ansöker nu om hjälp att komma tillrätta med sitt haschmissbruk.

Kommentar: *Anna är beroende av substansen hasch och har ett riskbruk med alkohol. Hennes nätverk är begränsade. Familjerelationerna är dåliga. Vi förväntar oss olika stödinsatser för Anna, bl.a. behandlingshem med haschavvänjningsprogrammet men även stödinsatser för att arbeta med hennes beteende. Vi anser att detta borde vara ett fall för handläggarna, men kanske hamnar detta ändå under landstingets direktiv på beroendemottagningen. Lokala avvikelser är att vänta.*

Vinjett 6, Margareta

Margareta är 51 år gammal och är beroende av amfetamin och alkohol. Hon är bostadslös och bor runtomkring i olika missbruksmiljöer. Hennes familj består av en dotter och ett barnbarn som hon inte har kontakt med. Hennes egna dotter blev omhändertagen enligt LVU när Margareta var yngre. Margareta har varit ifrån missbruk i perioder av sitt liv, men har även haft tunga återfall. Innan Margareta hade sitt senaste återfall, hann hon bli utredd och fick diagnosen ADHD med medicinering av Concerta. Hon ansöker om hjälp hos socialtjänsten och vill få hjälp med sina problem direkt. Margareta har även förslag på behandlingshem, som passar bäst enligt hennes önskan. Hon är positiv och menar att nu skall hon ordna upp allt: boende, missbruk och framförallt kontakten med dottern och barnbarnet.

Kommentar: *Insatserna kommer att variera och den subjektiva bedömningen av Margaretas motivation kommer att vara avgörande. Vi förväntar oss beviljade insatser till Margareta, men även med en stor risk att hon får återfall. Det är själva skattningen av motivationen och valet av insats som denna vinjett utmanar hos handläggarna.*

8.2 Enkäten

Del 1, Vinjetter (Sida 1, webbaserad version)

Vad påverkar utredningen, beslutet och valet av insats inom missbruksvården.

Syftet med enkätundersökningen är att undersöka hur handläggares teoretiska och praktiska erfarenheter inom missbruksärenden varierar eller överensstämmer med varandra vid beslutstagande på samma klienter.

Instruktion:

Besvara denna enkät i enskildhet. I enkäten finner du beskrivningar av sex fiktiva personer med varierande problematik. Läs igenom beskrivningarna, en i taget, och välj för varje beskrivning det svarsalternativ som du utifrån din erfarenhet och personliga åsikt skulle välja. Ditt svar är konfidentiellt och vi kommer inte veta vem som svarat vad.

Följande insatser kommer att anges som svarsalternativ. Dessa begrepp kan ha olika betydelse i olika kommuner och därför medföljer följande förtydliganden av insatserna:

Tillsynskontakt via öppenvården – Öppenvården har som uppdrag att genomföra tillsyn 1-2 gånger i veckan för att försöka motivera och se till att situationen inte försämras.

Öppenvård med strukturerad behandling – Kontinuerlig kontakt och behandling genom stödsamtal, enskilt eller i grupp.

Kategoriboende i kommunen – Ett boende för personer med ett aktivt missbruk, kan innefatta viss tillsyn.

Stödboende i kommunen – Boende med krav på drogfrihet. Personal boende tillsammans med klienterna i anslutning till boendet. Boendet har strikta ordningsregler och behandling är frivilligt.

HVB (Hem för vård eller boende) extern aktör - Frivillig institutionsplacering. Verksamheten måste innehålla heldygnsvård, vård och behandling.

LVM (Tvangsvård av missbrukare) – Tvangsvård av missbrukare, när inget annat alternativ är möjligt.

Hälso- och sjukvårdens ansvar (inklusive psykiatri) – Klienten anses ha en sådan problematik, där hälso- och sjukvården först måste behandla ärendet. Eventuella utredningar, psykiatriska bedömningar. Ni kan hjälpa till med den första kontakten.

Ingen insats aktuell från socialtjänsten

Annat val – innebär att ni anser att personens problematik istället berör socialtjänstens andra områden, ex. funktionshinder.

Följdfrågor till vinjetterna: med rehabilitering menar vi behandling eller andra insatser som syftar till att missbruket skall upphöra för gott.

Med omvårdnad menar vi insatser med huvudsaklig inriktning på att minska missbruket, förbättra livskvalitén och förhindra ytterligare skada.

Del 1, Vinjetterna (Sida 2, webbaserad version)

Erik

Erik är 22 år gammal och bor fortfarande hemma hos sin mamma. Han hade det svårt i skolan och slutförde inte gymnasiet. Efter skolan har Erik bara haft tillfälliga feriearbeten som hans far ordnat åt honom. Erik är osäker om sina framtidsplaner, just nu vet han inte vad han vill göra och känner sig bara uttråkad. På fritiden spelar Erik LAN med sina vänner. På helgerna umgås han med samma vänner och blir alltid väldigt berusad av alkohol. Alkoholintaget har ökat och numera dricker han även på vardagarna med sina vänner. Eriks föräldrar sepererade långt tillbaka och hans far träffar han inte så ofta. Relationen med hans far är på en kamratnivå. Erik har flera gånger hamnat i berusat tillstånd och slagsmål. Den senaste gången blev han polisanmäld och väntar nu på rättegång för misshandel. Nu ansöker Erik om hjälp hos er. Han anser inte alkoholen problematisk, men ansöker eftersom hans mamma önskar det och att de har haft problem med kommunikationen på sistone.

Vilken insats tror du att Erik hade beviljats utifrån rådande förutsättningar i den kommun där du arbetar?

- Tillsynskontakt via öppenvården
- Öppenvård med strukturerad behandling
- Kategoriboende i kommunen
- Stödboende i kommunen
- HVB (Hem för vård eller boende) extern aktör
- LVM (Tvångsvård av missbrukare)
- Hälso- och sjukvårdens ansvar (inklusive psykiatri)
- Ingen insats aktuell från socialtjänsten
- Annat val, ange vilket

Var skulle ni lägga tyngdpunkten av insatsernas innehåll i Eriks fall?

- Rehabiliterande insatser
- Omvårdande insatser

Maria

Maria är 38 år gammal, är gift och har två barn, 10 respektive 12 år gamla. Maken arbetar inom byggbranschen och är borta i veckorna och arbetar på ackord. Maria arbetar administrativt inom kommunen. Hennes umgängeskrets är en kvinna som är deras granne, sin

syster och mor. Hon hade en förlossningsdepression med det yngsta barnet och sedan dess har hon medicinerats med anti-depressiva mediciner. Maria dricker alkohol varje dag och har gjort detta sedan det yngsta barnet föddes. Hon klarar arbetet, men har det svårt i veckorna med barnen som hon är ensam med. En måndagsmorgon blir hon fast i en alkoholkontroll och blir dömd för rattonykterhet. Familjen bor i hus och har ordnad ekonomi. Maria uttrycker även suicidala tankar och är väldigt instabil. Hon har sökt hjälp hos sjukvården, som dock anser henne stabil så länge som hon medicinerar. Maria ansöker nu om hjälp med sitt alkoholmissbruk, hon är ledsen och bryter ihop vid det första samtalet.

Vilken insats tror du att Maria hade beviljats utifrån rådande förutsättningar i den kommun där du arbetar?

- Tillsynskontakt via öppenvården
- Öppenvård med strukturerad behandling
- Kategoriboende i kommunen
- Stödboende i kommunen
- HVB (Hem för vård eller boende) extern aktör
- LVM (Tvångsvård av missbrukare)
- Hälso- och sjukvårdens ansvar (inklusive psykiatri)
- Ingen insats aktuell från socialtjänsten
- Annat val, ange vilket

Var skulle ni lägga tyngdpunkten av insatsernas innehåll i Marias fall?

- Rehabiliterande insatser
- Omvårdande insatser

Lars

Lars är 47 år gammal och är en ensamstående tvåbarnsfar. Barnen är numera utflyttade, 20 respektive 23 år gamla. På vardagarna arbetar Lars som lastbilschaufför sedan 15 år. De senaste åren har det varit stressigt på arbetet och Lars började att använda amfetamin för att orka med tempot och de långa arbetsdagarna. Lars har svårt att sova och han umgås bara med sina arbetskamrater med liknande bruk av amfetamin. På fritiden umgås han och dricker alkohol och använder amfetamin för att koppla av från arbetet. Det är dyrt med amfetamin och Lars har tagit lån på 170 000 SEK, som han fått krav från kronofogden på. Han har inte betalat hyran de senaste två månaderna och riskerar att bli vräkt. Arbetetsgivaren har startat en

utredning av honom, eftersom han ofta anmält sig sjuk på senaste tiden. Nu ansöker Lars om hjälp hos er. Lars är motiverad att bli drogfri för att umgås mer med sina barn, som han inte träffat på länge. Han vill även behålla sitt arbete.

Vilken insats tror du att Lars hade beviljats utifrån rådande förutsättningar i den kommun där du arbetar?

- Tillsynskontakt via öppenvården
- Öppenvård med strukturerad behandling
- Kategoriboende i kommunen
- Stödboende i kommunen
- HVB (Hem för vård eller boende) extern aktör
- LVM (Tvångsvård av missbrukare)
- Hälso- och sjukvårdens ansvar (inklusive psykiatri)
- Ingen insats aktuell från socialtjänsten
- Annat val, ange vilket

Var skulle ni lägga tyngdpunkten av insatsernas innehåll i Lars fall?

- Rehabiliterande insatser
- Omvårdande insatser

Del 1, Vinjetterna (Sida 3, webbaserad version)

Anna

Anna är 24 år gammal och är arbetslös. Hon har tagit examen från gymnasiet, men orkar inte studera vidare direkt. Hon bor sedan sju månader tillbaka med en vän, eftersom hennes mor och nya pojkvän haft konflikter och bråk med henne. Hennes far bor på en annan ort och de träffas inte så ofta. Anna dricker mycket alkohol och röker hasch. Hon uttrycker att "livet är en fest", vilket rättfärdigar alkohol och hasch dagligen. Den senaste tiden har Anna blivit inlagd på sjukhus flera gånger för alkohol-förgiftning med magpumpning som följd. Anna har sms-skulder på 50 000 SEK och är aktuell för indrivning hos kronofogden. Hon känner ett behov av hasch och har börjat stjäla handväskor för att få in pengar. Anna är inte lagfören för några brott. Hon ansöker nu om hjälp att komma tillrätta med sitt haschmissbruk.

Vilken insats tror du att Anna hade beviljats utifrån rådande förutsättningar i den kommun där du arbetar?

- Tillsynskontakt via öppenvården
- Öppenvård med strukturerad behandling
- Kategoriboende i kommunen
- Stödboende i kommunen
- HVB (Hem för vård eller boende) extern aktör
- LVM (Tvångsvård av missbrukare)
- Hälso- och sjukvårdens ansvar (inklusive psykiatri)
- Ingen insats aktuell från socialtjänsten
- Annat val, ange vilket

Var skulle ni lägga tyngdpunkten av insatsernas innehåll i Annas fall?

- Rehabiliterande insatser
- Omvårdande insatser

Karl

Karl är 58 år, arbetslös och beroende av alkohol. Han är skild och har två vuxna barn som inte vill ha någon kontakt med honom. Han önskar ändå att ha kontakt med sina barn. Karl har varit hemlös i sex år innan kommunen ordnade en resocialiseringslägenhet åt honom. Han är känd hos socialtjänsten sedan en lång tid tillbaka. Karl har en historik av olika misslyckade försök på behandlingshem. Denna gång har Karl kommit till socialtjänsten efter en anmälan om LVM från läkaren. Hälsotillståndet hos Karl beskrivs med förhöjda levervärden och en nedsatt njurfunktion. Det står även att patienten lider av ett livshotande hälsotillstånd, vilket gör att patienten kommer att avlida om inget görs mot dennes missbruk. Karl vill inte veta av socialtjänsten och är arg och aggressiv, han är inte motiverad att sluta med alkohol. Ni rings upp av socialjouren och skall handlägga Karl.

Vilken insats tror du att Karl hade beviljats utifrån rådande förutsättningar i den kommun där du arbetar?

- Tillsynskontakt via öppenvården
- Öppenvård med strukturerad behandling

- Kategoriboende i kommunen
- Stödboende i kommunen
- HVB (Hem för vård eller boende) extern aktör
- LVM (Tvångsvård av missbrukare)
- Hälso- och sjukvårdens ansvar (inklusive psykiatri)
- Ingen insats aktuell från socialtjänsten
- Annat val, ange vilket

Var skulle ni lägga tyngdpunkten av insatsernas innehåll i Karls fall?

- Rehabiliterande insatser
- Omvårdande insatser

Margareta

Margareta är 51 år gammal och är beroende av amfetamin och alkohol. Hon är bostadslös och bor runtomkring i olika missbruksmiljöer. Hennes familj består av en dotter och ett barnbarn som hon inte har kontakt med. Hennes egna dotter blev omhändertagen enligt LVU när Margareta var yngre. Margareta har varit ifrån missbruk i perioder av sitt liv, men har även haft tunga återfall. Innan Margareta hade sitt senaste återfall, hann hon bli utredd och fick diagnosen ADHD med medicinering av Concerta. Hon ansöker om hjälp hos socialtjänsten och vill få hjälp med sina problem direkt. Margareta har även förslag på behandlingshem, som passar bäst enligt hennes önskan. Hon är positiv och menar att nu skall hon ordna upp allt: boende, missbruk och framförallt kontakten med dottern och barnbarnet.

Vilken insats tror du att Margareta hade beviljats utifrån rådande förutsättningar i den kommun där du arbetar?

- Tillsynskontakt via öppenvården
- Öppenvård med strukturerad behandling
- Kategoriboende i kommunen
- Stödboende i kommunen
- HVB (Hem för vård eller boende) extern aktör
- LVM (Tvångsvård av missbrukare)

- Hälsa- och sjukvårdens ansvar (inklusive psykiatri)
- Ingen insats aktuell från socialtjänsten
- Annat val, ange vilket

Var skulle ni lägga tyngdpunkten av insatsernas innehåll i Margaretas fall?

- Rehabiliterande insatser
- Omvårdande insatser

Del 2, Bakgrundsinformation (Sida 4, webbaserad version)

Fråga 1. Kön

- Kvinna
- Man

Fråga 2. Födelseår

Två sista siffrorna

Fråga 3. Hur stor är den kommun där ni arbetar?

- Liten (max 30.000 invånare)
- Medelstor (30.000 – 80.000 invånare)
- Stor (mer än 80.000 invånare)

Fråga 4. Grundutbildning (markera högsta fullföljda utbildning)

- Gymnasial utbildning
- Eftergymnasial utbildning (max 3 år)
- Eftergymnasial utbildning (mer än 3 år)

Fråga 5. Har du någon vidareutbildning för arbete med missbruksproblem?

- Nej
- Ja, kortare utbildning (högst 2 veckor effektiv tid)
- Ja, längre utbildning som gett högskolepoäng (även Yrkeshögskola, YH)

Fråga 6. Hur länge har ni arbetat inom socialtjänsten?

Vid mindre än 1 år anges svar med kommatecken

(ange antal år)

Fråga 7. Hur länge har ni arbetat vid er nuvarande arbetsplats?

Vid mindre än 1 år anges svar med kommatecken

(ange antal år)

Fråga 8. Vilka personer handlägger och utreder ni vanligen i ert dagliga arbete?

- Enbart personer med missbruksproblematik
- Både personer med missbruk och personer med annan problematik

Del 2, Bakgrundsinformation (Sida 5, webbaserad version)

Fråga 9. Ingår handläggning av LVM-ärenden i dina ordinarie arbetsuppgifter?

- Nej
- Ja

Fråga 10. Arbetar du, vid utredning och/eller bedömning av lämplig insats för personer med missbruksproblem

vanligen på egen hand eller brukar du samarbeta med andra?

- Jag arbetar helt på egen hand
- Jag konsulterar arbetsledare eller handledare
- Jag diskuterar mitt ärende med kolleger utan att ge all information
- annat, vad

Fråga 11. Använder du dig vanligen vid utredning/bedömning av något strukturerat bedömningsinstrument?

(markera det alternativ som bäst stämmer med hur du oftast går tillväga)

- Nej, jag använder inget instrument
- Ja, jag använder oftast ASI

Ja, jag använder oftast annat instrument; ange vilket:

Fråga 12. Hur många aktuella (öppna) ärenden handlägger du just nu?

Antal ärenden

Fråga 13. Är du ansluten till något religiöst samfund?

Nej

Ja, Svenska Kyrkan

Ja, ange vilket

Nu kommer en fråga om du personligen har upplevt ett trauma i barndomen.

Med trauma menar vi om du har upplevt något av dessa specifika saker:
har bott i en familj med missbruksproblematik, har upplevt föräldrars
skilsmässa,
har haft en nära familjemedlem med missbruksproblematik, har utsatts
för någon form av omsorgssvikt, har haft en släkting eller familjemedlem med
en
svår sjukdom eller upplevt dennes bortgång.

**Fråga 14. Har du upplevt något trauma under din uppväxt t.o.m. 19 års
ålder?**

ja

nej

Du har nu slutfört enkäten. Tack så mycket för att du deltog.

8.3 Informationsbrev

Inbjudan att delta i vår studie ”Vad påverkar beslutet av missbruksvård?”

Vi är två socionomstuderande som genomför vårt kandidatarbete vid Hälsö högskolan i Jönköping.

Vi vill veta vad som påverkar utredningen, beslutet och valet av vårdinsats inom myndighetsutövningen av missbruk.

Därför vänder vi oss till socialsekreterare arbetande med myndighetsutövning i missbruk.

Målet med enkäten är att den ska skickas ut till ca 500 socialsekreterare i olika delar av landet.

Er medverkan är konfidentiell, vi kommer inte veta vilka som valt att svara.

Vi använder oss av Vetenskapsrådets forskningsetiska krav.

Informationskravet uppfyller vi med dels telefonkontakt och via epost genom detta brev. Samtyckeskravet är att alla som deltar samtycker till att besvara enkäten och att det är frivilligt att delta, där man kan dra sig ur när man önskar. Respondentvalidering har vi genom att alla epostadresser är kommunala, där vi vet att enbart berörda personer har tillgång till epostkontot.

Hur går studien till

Vi ska mäta ett antal faktorer som vi tror kan påverka vid bedömningen av klienter med missbruksproblematik genom en webbenkät. Enkäten kommer att skickas ut med en länk till vårt webbaserade program. Vi behöver svar senast 2013-12-10, och skickar även ut två påminnelser under denna period. För att mäta detta har vi valt att använda oss av vinjetter. Vinjetterna speglar olika typer av klienter som vi tror är representativa och förekommande i er arbetssituation.

Alla som tillfrågas är givetvis anonyma för oss. Vi kommer inte ha information som gör det möjligt att identifiera enskilda individer.

Er medverkan

Vi hoppas att du har möjlighet att medverka att ge utrymme för att besvara våra frågor, även om det innebär extra arbete för er. Som tack för din medverkan så återkopplar vi gärna resultatet till dig från vår studie. Har du några frågor eller funderingar tveka inte, hör av dig.

Kontakt

Christian Dabetic: epost: dach1137@student.hj.se

Alexander Nilsson: epost: nial1199@student.hj.se

Handledare: Lilly Augustine epost: lilly.augustine@hhj.hj.se