



ÖREBRO UNIVERSITET  
PEDAGOGISKA INSTITUTIONEN

---

# Socialtjänstens alkoholistbehandling som arbetslivspedagogiskt projekt.

Gudni Stefansson

C-uppsats 2003  
Pedagogik C

Handledare: Kjell Gustavsson

### Sammanfattning

Syftet med denna c-uppsats i pedagogik är att svara på frågan: Finns det, generellt sett, gemensamma definitioner av begreppen alkoholism och alkoholist inom svensk missbrukarvård? Frågan besvaras genom en analys av ett urval texter som utgivits inom missbrukarvården. Analysen visar att hälso- och sjukvården arbetar med alkoholism utifrån ett definierat beroendebegrepp medan socialtjänsten har en diffus uppfattning om alkoholism, ser alkoholism i olika perspektiv, använder metoder som anlägger olika synsätt på behandling av alkoholister och har ingen enhetlig definition av alkoholism. Svaret på frågan är alltså att det, generellt sett, inte finns gemensamma definitioner av begreppen alkoholism och alkoholist inom svensk missbrukarvård. En evidensbaserad forskningsöversikt från Statens beredning för medicinsk utvärdering visar att många av de behandlingsformer som socialtjänsten väljer är ineffektiva. Detta överensstämmer med att socialtjänsten upplever ett behov av motivationsmetoder eller tvångsåtgärder för att få alkoholister till de behandlingsformer de erbjuder eller köper. Både Socialstyrelsens experter och regeringen anser att socialtjänsten måste öka sin kunskap om alkoholism och i större utsträckning ta till sig evidensbaserad forskning. Ett annat syfte med denna uppsats är att undersöka om metoder från arbetslivspedagogiken kan användas till detta. Arbetslivspedagogiken har lärande i organisationer och anpassning av kompetens till en föränderlig värld som sitt forskningsfält. Erling Lars Dale har ställt upp en modell för rationell reflektion inom lärande organisationer. Som ett exempel på bruk av arbetslivspedagogiska metoder inom missbrukarvården beskrivs hur behandlare i Varberg kommun som började reflektera enligt Dales modell, utifrån de olika perspektiv på alkoholism som fanns i personalgruppen och jämförde med ett brukarperspektiv, kom fram till en samsyn på fenomenet alkoholism. Denna samsyn hade rötter i deras samlade yrkeserfarenhet. Det föddes begrepp på teoretisk nivå, en arbetshypotes som sedan har underlättat planering och insatser. Kunskapen föddes ur personalgruppens samlade erfarenhet i möte med teoretisk kunskap utifrån och ett brukarperspektiv. Slutsatsen blir att metoder från arbetslivspedagogiken kan ha något att tillföra missbrukarvården.

Uppsatsen kan laddas ned som pdf fil från: [www.12.is](http://www.12.is)

## FÖRORD

Jag har under arton år arbetat på fältet svensk missbrukarvård. Jag har arbetat med att utveckla behandling som använder tolvstegsprogram. Jag har utbildat och handlett personal som hjälpt missbrukande människor ur deras beroende. Några av de behandlingsprogram som jag har arbetat med har varit föremål för vetenskapliga granskningar. Dessa granskningar verkade inte se det vi, som var involverade i behandlingen, ansåg vara viktigt. Verkade inte ha verktyg att fånga det. Granskarna frågade aldrig oss. De skrev generellt om en tolvstegsbehandling, men inte om den behandling som faktiskt utfördes. De skrev om andra behandlingar som uppgav sig arbeta med tolvstegsbehandling, vad dessa gjorde och inte gjorde (Ekholm, Jonsson och Sidebäck, 1999; Gerdner, 1998). De granskade oss, men de skrev inte om oss. Detta tyckte jag var märkligt. Min nyfikenhet drev mig på gamla dagar tillbaka till universitetsvärlden. Jag ville förstå vad forskningen sysslade med.

Genom min erfarenhet har jag utvecklat en syn på beroende som en form av andlig smärta. På plats inne i universitetsvärlden insåg jag att min syn på beroende inte hade fullt gehör på den teoretiska nivån. Det synsätt som var vardag för mig, var inte det för mina lärare. Jag talade om alkoholism och märkte då att jag och mina lärare talade förbi varandra. Jag började undra vad begreppen alkoholism och alkoholist egentligen stod för i munnen på folk och inte minst inom den svenska missbrukarvårdens offentliga organisationer. Att något försöka belysa denna fråga är ett syfte med denna C-uppsats i pedagogik vid Universitetet i Örebro.

Lärande i organisationer är föremål för arbetslivspedagogikens intresse. Den norska arbetslivspedagogen Erling Lars Dale (1999) talar om vikten av att det finns utrymme för reflektion och lärande i organisationer. Dale ser den lärande organisationen i tre nivåer. Han talar om en teoretisk nivå där begrepp myntas, en planeringsnivå där personalen lägger upp sitt arbete och en praktisk nivå där arbetet utförs. Han anser att det är viktigt att kunskapen flödar mellan dessa nivåer i organisationer för att underlätta nytänkande och utveckling. Detta blev för mig en upptäckt som gav struktur åt mina något röriga tankar. Min erfarenhet är att synen på alkoholism löper i invanda tankebanor inom missbrukarvården och i samhället. Min känsla är att reflektion och lärande skulle vara välgörande. Inom tolvstegsbehandlingen har vi haft framgångar i vårt behandlingsarbete, men upplevt stora svårigheter i kommunikation med övriga professionella på fältet. Jag har mina rötter i brukarperspektivet. Min ambition är att öppna ett brukarperspektiv inom missbrukarvården genom att lyfta fram erfarenheter ur mitt arbete på fältet och erfarenheter från alkoholisterna som lyckats hitta en nykter livsstil. Detta för

att bidra till en fylligare bild av begreppen alkoholist och alkoholism inom svensk missbrukarvård.

Svensk missbrukarvård består av organisationer i samverkan, där myndigheter är tongivande. Att försöka att analysera någon av missbrukarvårdens aspekter inom ramen för en teori för lärande organisationer är ett annat syfte med denna uppsats. Speciellt försöker jag att ge ett bidrag till att underlätta flödet av information mellan Dales tre nivåer i svensk missbrukarvård. Det får vara mitt bidrag till samtalet mellan forskning och praktik som efterlyses av Socialstyrelsen (Oscarsson, 2000).

Jag har anklagat dem som granskade vårt arbete för att vara blinda för det vi faktiskt gjorde och därför oförmögna att bidra till att utveckla våra arbetsmetoder. På plats i universitetsvärlden upptäckte jag så småningom min egen blindhet avseende vetenskapligt arbetssätt. Mina synsätt var fasta i invanda tankebanor som löper i allt djupare fåror allt eftersom livet skrider fram. Invanda tankebanor är hjulspår som det är lätt att fastna i. Min handledare på denna uppsats universitetslektor Kjell Gustavsson fick den otacksamma uppgiften att förklara detta för mig. Han tog över handledningen från docent Lars Ryhammar under Ryhammars sjukledighet. Ryhammar har dock aldrig riktigt släppt sitt uppdrag. Han puttade på när Gustavsson försökte dra mig upp ur mina hjulspår. De har lärt mig nya perspektiv att se mitt arbete i. Jag har fått en ökad förståelse för forskningen, jag har fått bidra med min syn på den miljö som jag har verkat i 18 år. Det var nyttigt, det var lärorikt och det är en källa till djup tacksamhet. Gustavsson och Ryhammar har satt de akademiska brillorna på mig. De sitter så gott det går på en gammal näsa, inte stadigt, men nog för att jag vågar lägga fram denna uppsats till granskning. Detta vill jag tacka dem för. Jag vill också tacka släkt, vänner och arbetskamrater för synpunkter, inspirerande samtal och glada hejarop. Samtidigt understryker jag mitt ansvar för innehållet.

## INNEHÅLL

FÖRORD .....	3
INLEDNING.....	6
ALKOHOLISM OCH ALKOHOLIST .....	10
Perspektiv på begreppen alkoholism och alkoholist.....	11
Allmänhetens perspektiv.....	12
Hälsa- och sjukvårdens perspektiv .....	12
Socialtjänstens perspektiv .....	13
Brukarperspektiv inom missbrukarvården .....	15
Diskussion .....	17
Analys av socialtjänstens perspektiv .....	21
Missbruk är många begrepp .....	21
Perspektiv på alkoholism inom socialtjänsten.....	23
Val av behandling inom socialtjänsten .....	25
Effekten av socialtjänstens missbrukarvård .....	26
Diskussion .....	28
ARBETSLIVSPEDAGOGISK ANALYS AV MISSBRUKARVÅRDEN .....	31
En arbetslivspedagogisk uppgift .....	33
Erling Lars Dales modell för reflektion inom lärande organisationer.....	34
Exempel: Beskrivning av begreppsbildningen i Varbergs kommun.....	35
Diskussion .....	37
SLUTSATSER.....	39
LITTERATUR .....	42

## INLEDNING

I inledningen till en aktuell rapport från Statens folkhälsoinstitut, *Den svenska supen i det nya Europa, Nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt*, skriver generaldirektören Gunnar Ågren så här:

Högt konsumtion och riskbruk av alkohol är ett mycket stort folkhälsoproblem. Alkoholens betydelse för den samlade folkhälsan är svår att överskatta. Den humanitära och ekonomiska samhällskostnaden är enorm. Det årliga antalet alkoholrelaterade dödsfall är omkring 5 000 per år och drabbar i mycket hög grad yngre och medelålders personer. Det dör mellan 15 och 20 gånger så många personer av alkohol som av narkotika. Vårdkostnaderna är mycket stora. Man kan räkna med att mellan 5 och 7 % av alla vård dagar på sjukhus kan relateras till alkohol. (Ågren, 2002, s 7)

Modern svensk alkoholpolitik ses traditionsenligt som en folkhälsofråga och kan sammanfattas i totalkonsumtionsmodellen. Enligt denna modell är det ett starkt samband mellan alkoholskador i samhället och totalkonsumtionen av alkohol. Ett starkt styrinstrument för att begränsa alkoholskador i samhället har varit att minska totalkonsumtionen genom att minska tillgängligheten t ex genom höga priser, reklamförbud och åldersgräns vid inköp av alkohol (*En samlad politik för folkhälsa*, 2001). Efter Sveriges inträde i EU har dessa styrinstrument försvagats. En av konsekvenserna av detta är att missbrukarbehandling blir en allt viktigare folkhälsofråga. I sin alkoholpolitiska deklaration annonserar regeringen ett kunskapslyft på området (*En samlad politik för folkhälsa*, 2001).

I Sverige finns det en väl utbyggd infrastruktur för missbrukarbehandling och det bedrivs en omfattande verksamhet för att hjälpa människor som redan är fast i alkoholism till en nykter livsföring (*En samlad politik för folkhälsa*, 2001). Ansvaret för offentlig svensk missbrukarvård ligger på organisationer inom kommunernas socialtjänst, hälso- och sjukvården och i viss mån inom kriminalvård<sup>1</sup> (Holmberg, 2002). Den kommunala sektorn har huvudansvaret för själva behandlingen, men hälso- och sjukvården svarar för medicinska insatser som t ex avgiftning. Landstingen har det ekonomiska ansvaret för hälso- och sjukvården. En ansenlig del av deras budget går åt till alkoholrelaterade åkommor, som framkommer hos generaldirektör Gunnar Ågren här ovan. Kommunerna har det ekonomiska ansvaret för socialtjänsten. Året 2001 använde kommunerna, enligt Statistiska Centralbyrån, närmare fyra miljarder kronor på olika behandlingsinsatser (*Kommunernas bokslut år 2001*, 2002). Att beräkna alkoholens totala kostnader för samhället är ytterst problematiskt. Inte minst gäller detta, enligt Leifman (2002), hur man ska beräkna de ekonomiska kostnaderna som vårdinsatser inom den medicinska och sociala sektorn, minskad produktivitet i arbetslivet

---

<sup>1</sup> Inom kriminalvården finns en del behandlingsverksamhet som är utanför denna studie.

samt de mänskliga lidanden som drabbar både alkoholmissbrukare och anhöriga. Han hävdar att den direkt alkoholorsakade vården i Sverige uppskattas till mellan 5 och 10 procent av all sjukvård. Han får medhåll av Bendtsen (2002) som nämner samma siffror och understryker att alkoholistbehandling kan vara effektiv. Han redovisar en undersökning från sjukvården i USA. Efter behandling av alkoholproblem minskade kostnaden för sjukvården med upp till 50 procent enligt en långtidsuppföljning på nästan 4 000 patienter. För obehandlade kontroller ökade kostnaden med 20 procent. Enligt min egen erfarenhet av tolvstegsbehandling kan det vara enkelt att visa en människa vägen ut ur alkoholmissbruk. Förutsättningen är att behandlingsinsatser utgår ifrån tolvstegsprogrammetns filosofi och målet med insatserna är ett livslångt deltagande i tolvstegsrörelsens självhjälsgrupper. Behandlingen behöver inte ta mer än 4-6 veckor och är billig jämfört med de kostnader och det lidande som ett fortsatt missbruk leder till. Denna behandlingsform används dock inte i någon större utsträckning i Sverige.

Socialstyrelsen följer utvecklingen inom behandlingsområdet genom enkäter till behandlingsenheterna för att undersöka insatser och klienter inom missbrukarvården och publicerar statistik från fältet. För år 2001 rapporterades följande om missbrukarvårdens omfattning:

Vid mätillfället den 2 april 2001 (1 april för kriminalvårdens enheter) var mer än 20200 personer – 18 år och äldre – i behandling för egna missbruksproblem vid de 551 enheter som har redovisat klient-/patientdata. Av dem var 83 procent i öppenvård, 13 procent i institutionsvård (heldygnsvård) och 2 procent i slutenvård på sjukhus. 2 procent var i behandlings- eller programverksamhet inom fängelser och häkten. (Holmberg, 2002, s 7)

Socialstyrelsens undersökning dokumenterar ett ganska brett behandlingsutbud för missbruk utifrån använd metodik. I metodhänseende dominerar två behandlingsinriktningar: "jagstärkande/stödande terapi" och "social färdighetsträning". Andra använda metoder är "tolvstegsbehandling" (kallas också "Minnesotamodellen"), "lösningfokuserad modell" och "kognitiv beteendeterapi".

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har gjort en sammanställning av vetenskapligt dokumenterad verksamma metoder för behandling av missbrukare (*Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, en evidensbaserad kunskapssammanställning*, 2001). Rapporten handlar om effekterna av olika behandlingsmetoder enligt de resultat som redovisats i väl genomförda vetenskapliga studier. Sammanfattning och slutsatser är formulerade av SBU:s Styrelse och Råd. Där står det i övergripande slutsatser:

*Det finns effektiva metoder att behandla missbruk och beroende av alkohol och narkotika.*

Ett flertal specifika psykosociala behandlingsmetoder och läkemedel är vetenskapligt dokumenterat effektiva mot missbruk och beroende av alkohol och narkotika. Flera andra metoder som idag tillämpas mot missbruk och beroende av alkohol och narkotika saknar emellertid dokumenterad effekt eller är visat ineffektiva i vetenskapliga studier.

Det finns därför ett utrymme att förbättra vården genom att dels överföra resurser från ineffektiva behandlingsmetoder till metoder som är dokumenterat effektiva och dels förstärka de områden av missbruksvården som tillämpar evidensbaserade metoder. (*Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, en evidensbaserad kunskapssammanställning*, 2001. s. 26)

Rapporten kommer fram till att de behandlingar som är vetenskapligt dokumenterat verksamma mot alkoholism används för litet. Utifrån detta kan antas att många använda behandlingsmetoder saknar stöd i vetenskapliga studier som verksamma mot alkoholism. En av de metoder som bör användas mer enligt rapporten är tolvstegsbehandling, en behandlingsinriktning som har upplevt svårigheter i kommunikation med andra professionella på fältet.

En genomgång av Socialstyrelsens register över behandlingsutbud, behandlingsbeskrivningar och synsätt som användes i behandlingssammanhang i Sverige under år 2001 och utges under namnet *Förteckning över hem för vård eller boende & familjevårdsenheter 2000* (2000) visar att synsätten bakom socialtjänstens metoder varierar. Ingen enhetlig bild av alkoholism som fenomen framträder. Det vanligaste synsättet är att missbrukaren inte klarar av att hantera sociala sammanhang eller att jaget är svagt. Oförmåga att definiera egna problem och fatta beslut, sjukdom och felaktig tolkning samt bearbetning av intryck med emotionellt illamående som följd bearbetas också med dessa metoder. Företrädare för de använda metoderna har vitt skilda förklaringar till missbruk, men nästan alla uppger sig behandla alkoholism.

Utifrån ovanstående kan antas att det råder delade meningar om hur alkoholism uppstår, vad en alkoholist är och vad som behöver behandlas när alkoholism behandlas. Innebörden i begreppen alkoholism, alkoholist och alkoholistvård framstår som oklar. Det verkar som de offentliga organisationer som ansvarar för missbrukarvården inte har någon samsyn om vad orden alkoholism, alkoholist och alkoholistvård står för. Utvecklingen av samsyn inom alkoholistvården om vad orden alkoholism, alkoholist och alkoholistvård står för är viktig för behandlingsforskningen och även viktig med tanke på samhällsekonomin, eftersom det läggs betydande medel på behandlingar som ett statligt forskarråd inte anser verksamma för att stävja missbruk. Det är också viktigt för den enskilde alkoholisten, politiker inom landsting och kommuner, offentliga organisationer inom missbrukarvården och dem som arbetar med alkoholister att få begreppen klara.

I denna uppsats görs ett försök att kartlägga om det finns samsyn om vad orden alkoholism och alkoholist står för. Sedan undersöks alkoholistvården som lärande organisation utifrån Erling Lars Dales (1999) modell för reflektion i lärande organisationer och min egen erfarenhet som handledare för behandlare inom svensk missbrukarvård för att



försöka utröna hur, var och varför det brister i samsyn. Aktuella kunskapsöversikter, utredningar från Socialstyrelsen och Regeringens policydokument analyseras för att blottlägga behov av kunskapsutveckling inom socialtjänsten på området missbrukarvård. Slutsatser dras med hjälp av Dales arbetslivspedagogiska metoder och det diskuteras huruvida socialtjänstens alkoholistbehandling kan bli ett arbetslivspedagogiskt projekt.

Eftersom det stundar ett kunskapslyft inom missbrukarvården, initierat av regeringen, är det rimligt att begränsa undersökningen till nya, aktuella, offentliga handlingar och kunskapsöversikter. Uppsatsen begränsas till två avhandlingar: Lindström (1986) och Helmersson Bergmark (1995). Lindströms avhandling väljs eftersom den väl täcker bevekelsegrunderna för val av behandling för alkoholism och utförligt redogör för olika perspektiv på alkoholism. Helmersson Bergmarks avhandling väljs eftersom hon utförligt redovisar för AA som patientsammanslutning. Brukarperspektivet begränsas till AA:s perspektiv som det kommer till uttryck i AA- bokens redogörelse för deltagarnas erfarenhet (*Alcoholics Anonymous*, 1976/1939). AA är den alkoholistsammanslutning som har störst spridning i världen och har gott rykte, enligt Helmersson Bergmark (1995). AA har utvecklat tolvstegsprogrammet som tolvstegsbehandling drar sitt namn av. Kommentarer till tolvstegsbehandling begränsar jag till min artonåriga erfarenhet av arbete med denna behandlingsform. Bedömningar avgränsas till arbetslivspedagogiskt relevanta data som jag kan läsa ur materialet och har därvidlag hjälp av Erling Lars Dales modell för reflektion i lärande organisationer. I fråga om arbetslivspedagogiken begränsas uppsatsen till att diskutera i en modell för reflektion i lärande organisationer utifrån kompetensnivåer som de kommer till uttryck hos Dale (1999). Innanför denna ram formuleras följande frågeställningar:

- Finns det, generellt sett, samsyn om begreppen alkoholism och alkoholist inom de offentliga organisationer som ansvarar för svensk missbrukarvård?
- Om så inte är fallet, kan arbetslivspedagogiska modeller förklara utvecklingen av bristen i samsyn om begreppen alkoholism och alkoholist inom offentliga organisationer och visa väg mot samsyn innanför dessa organisationer?

Och följande syfte:

- Att belysa huruvida man inom den offentliga missbrukarvården i Sverige är överens om innebörden i begreppen "alkoholist" och "alkoholism" samt, om sådan samsyn saknas, undersöka om arbetslivspedagogiska metoder kan användas för att stimulera till samsyn.

## ALKOHOLISM OCH ALKOHOLIST

För att kartlägga omfattningen på bristen i samsyn om begreppen alkoholism och alkoholist inom de offentliga organisationer som ansvarar för svensk missbrukarvård har ett urval av texter analyserats utifrån vilket perspektiv de har på behandling av alkoholister och det begreppsliga innehållet i orden alkoholmissbruk och alkoholmissbrukare. Texterna valdes utifrån följande kriterier: De skall så långt det är möjligt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. De skall vara representativa för samtalet på området och i fråga om policydokument ange inriktning för utvecklingen på området. Följande dokument analyseras:

- Skrifter som är statens styrinstrument för svensk missbrukarbehandling och svensk alkoholpolitik, eftersom de ger uttryck för den politiska viljan. I första hand: *En samlad politik för folkhälsa* (2001). Det är vidare faktablad från regeringen och relevanta utredningar från Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen.
- Missbrukarvårdens inriktning och omfång representeras i första hand av Holmberg (2002).
- Kunskapsbildningen inom socialtjänsten analyseras i första hand utifrån Tydén, T., Josefsson, C. och Messing, J. (2000). Detta förs in i ett sammanhang av Oscarsson (2000, 2:a kap.)
- Hälso- och sjukvårdens syn inhämtas i första hand från rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering: *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, en evidensbaserad kunskapsöversikt* (2001). Rapporter från denna statliga beredning är ett opartiskt arbete som bygger på en systematisk och kritisk genomgång av hela den vetenskapliga litteraturen på området. Sammanfattning och slutsatser är formulerade av Statens beredning för medicinsk utvärdering, styrelse och råd.
- Socialtjänstens syn hämtas i första hand från publiceringar från Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS), som är ett fristående institut, knutet till Socialstyrelsen. Deras kunskapsöversikter skall, enligt deklaration för skriftserien, så långt det är möjligt vara baserat på vetenskaplig grund. I första hand används: *Behandling av alkoholproblem, en kunskapsöversikt* (Sundbärg, 2000). Men även en annan skrift från institutet: *ASI en strukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol och narkotikarelaterade problem* (CUS, 1999).
- Skrifter som avhandlar missbrukarvårdens organisation. I första hand: Danemark och Kullberg (1999).

- Skrifter från den oberoende forskningen. I första hand två doktorsavhandlingar. Lindström (1986) och Helmersson Bergmark (1995). Lindströms avhandling är internationellt uppmärksammas och har präglat svensk alkoholpolitik under nittio-talet. Helmersson Bergmarks avhandling ingår i en internationell studie av sammanslutningen Anonyma Alkoholister (AA).
- Skrifter som lyfter fram ett brukarperspektiv som referens och som tydliggör hur alkoholister själva upplever sin alkoholism efter att de hittat en nykter livsstil. AA-boken (*Alcoholics Anonymous*, 1976/1939) lyfter fram hur den över sextioåriga sammanslutningen Anonyma Alkoholister ser på alkoholism utifrån egen erfarenhet av denna känslomässiga fälla. Att göra AA:s röst hörd motiveras med att behandlingsforskningen funnit starkt samband mellan nykterhet och deltagande i denna sammanslutning, som finns representerad i de flesta länder i världen och har vuxit explosionsartat i Sverige sedan mitten av åttiotalet (Helmersson Bergmark, 1995), samt att behandlingsinriktningar som lånat AA:s tolvstegsprogram tillhör de få behandlingar som Statens beredning för medicinsk utvärdering rekommenderar som verksamma. AA-boken är inte ett vetenskapligt arbete, men de gemensamma erfarenheter som kommer fram i den får anses väl beprövade så långt det går. Denna sammanslutning har vuxit i världen för varje år sedan mitten av 1930-talet. Det tyder på över sextio år av beprövad erfarenhet. Brukarens eget val av behandling kommenteras utifrån en utvärdering av Ekholm, Jonsson och Sidebäck (1999). Denna beskrivning kompletteras av programledaren på Vårnäs B. Bondesson (personlig kommunikation, 10 april, 2003).

Ovan beskrivna policydokument, kunskapsöversikter, doktorsavhandlingar och beskrivning av beprövad erfarenhet lyfter fram olika perspektiv på alkoholism och alkoholister inom svensk missbrukarvård. Utifrån ovan nämnda dokument dras slutsatser ifråga om samstämmigheten i uppfattningen av de aktuella begreppen alkoholist och alkoholism inom den offentliga missbrukarvården och jämförs med brukarens, eller alkoholists, egen erfarenhet.

#### *Perspektiv på begreppen alkoholism och alkoholist*

Begreppen alkoholist och alkoholism är nyckelbegrepp i svensk missbrukarvård. En fråga för denna uppsats är vad dessa begrepp betyder när de används av olika aktörer inom missbrukarvården. Det begreppsliga innehållet visar sig vara beroende på det perspektiv som

aktören ser fenomenet i. I detta avsnitt kommer det i första hand att lyftas fram fyra perspektiv på alkoholism. Det allmänna perspektivet, hälso- och sjukvårdens perspektiv, socialtjänstens perspektiv och ett exempel på ett brukarperspektiv. Därefter diskuteras relationerna mellan dessa perspektiv och de konsekvenser som denna mångfald av perspektiv har för missbrukarvården.

### *Allmänhetens perspektiv*

För att beteckna allmänhetens perspektiv används följande definitioner från två av Nordstedts uppslagsböcker:

**alkoholism** el alkoholmissbruk, sådant bruk av alkohol som medför problem av personlig, social el. medicinsk natur (Norstedts uppslagsbok, 1985).

Alkoholism användes 1985 synonymt med alkoholmissbruk och ordet alkoholist utelämnas. Elva år senare skiljer de på begreppen:

**alkoholism** subst. ~en tvångsmässigt begär efter alkohol permanent el. periodiskt

[<> Ex] en miljö präglad av brottslighet och alkoholism

□ äv. om verkningarna av detta (på personen i fråga)

[<> Ex] hennes alkoholism gör henne oförmögen att arbeta

(Norstedts stora svenska ordbok, 1996).

**alkoholist** subst. ~en ~er person som är hemfallen åt alkoholism

[<> Ex] alkoholistisk (Norstedts stora svenska ordbok, 1996).

**alkoholmissbruk** subst. ~et alltför stor konsumtion av alkohol med sociala problem som följd

(Norstedts stora svenska ordbok, 1996).

Av Nordstedts definitioner kan utläsas att en viss nyansering skett under ett decennium.

### *Hälso- och sjukvårdens perspektiv*

För att beteckna hälso- och sjukvårdens perspektiv används följande citat från *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, en evidensbaserad kunskapssammanställning* (2001). Citatet beskriver det tillstånd som är huvuduppgiften för svensk missbrukarvård på följande sätt:

Alkohol och narkotika kan orsaka ett kroppsligt beroende och en ökad tolerans som gör att allt större doser krävs för att framkalla ett rus. Nervsystemet anpassar sig till intaget och när missbruket avbryts uppstår abstinens som kan vara mycket plågsamt och ibland livshotande.

Beroende av alkohol och narkotika är ofta ett kroniskt tillstånd även om det är vanligt med långa perioder av nykterhet. Den beroende kan ofta också ha flera, såväl kroppsliga som psykiska, sjukdomar.

Behandlingen måste därför inriktas på både beroendetillståndet och samtidiga sjukdomar och kan behöva upprepas för att förhindra återfall och för att minska skadorna. Denna målsättning liknar den som gäller för behandling av kroniska kroppssjukdomar, som exempelvis för diabetes och hjärt-kärlsjukdomar. (Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, en evidensbaserad kunskapssammanställning, 2001 s 12)

Statens beredning för medicinsk utvärdering uppger att de flesta studierna som granskats i rapporten använder den amerikanska klassificeringen för diagnos av beroende, det så kallade DSM-systemet (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Alkoholism definieras där som *beroende* och i lindrigare former som *missbruk*, men det markeras också en gräns mot det normala, *den riskfyllda konsumtionen*. Med *beroende* menas att alkohol eller narkotika har fått en mycket större betydelse i individens liv än tidigare och lett till en betydande funktionsnedsättning eller lidande. De internationellt vedertagna kriterierna på beroende är bl a att individen förlorat kontrollen över intaget, att abstinensbesvär uppstår och att allt högre doser behövs för att uppnå ett rus. *Missbruk* definierats enligt DSM-systemet utifrån sociala kriterier och har att göra med om alkoholisten uppfyller sina plikter i familjen, på arbetsplatsen och visavi rättsväsendet. *Riskfylld alkoholkonsumtion* har ingen vetenskapligt fastlagd definition, men det finns visst samförstånd i forskarkretsar om att ett glas vin om dagen för kvinnor och två för män är utan risk. Storleken på glaset är dock inte angiven i rapportens sammanfattning och slutsatser.

### *Socialtjänstens perspektiv*

För att beteckna socialtjänstens perspektiv refereras till *Behandling av alkoholproblem, en kunskapsöversikt* (Sundbärg, 2000). Denna kunskapsöversikt är utarbetat av en expertgrupp inom Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS), ett fristående institut, knutit till Socialstyrelsen. I denna översikt finns ingen gemensam uttalad definition av alkoholism. Däremot finns det ett antal sinsemellan olika behandlingsalternativ uppräknade som utgår från olika förklaringsmodeller och de anlägger olika synsätt på alkoholproblemet. CUS expertgrupp som skriver gör inga gemensamma uttalanden i likhet med Statens beredning för medicinsk utvärdering utan nöjer sig med att ställa sig bakom några uttalanden i form av allmänt hållna rekommendationer om utveckling av metodik och samarbete. Att socialtjänsten utvecklar metodik för motivationshöjande rådgivning är ett exempel på en rekommendation. En annan är att alkoholvården ska anta ett system för diagnostik och bedömning som anger kriterier för högkonsumtion, skadligt bruk av alkohol och alkoholberoende. Underlag för denna rekommendation finns i Berglund (2000). Han säger i inledningen att socialtjänsten och sjukvården av tradition definierar alkoholproblem olika. Han hävdar att inom socialtjänsten definieras alkoholproblem på basen av problemets

komplikationer. Detta är i överensstämmelse med Holmbergs (2002) undersökning av behandlingsenheter som kom fram till att de mest använda behandlingsmetoderna inom socialtjänsten är "jagstärkande/stödande terapi" och "social färdighetsträning". Berglund påpekar att det är en stor fördel i samarbetet mellan sjukvård och socialtjänst om samma typ av definitioner kan användas. Han övergår sedan till att tala om sjukvårdens bedömning av alkoholproblem. Han presenterar diagnossystemet ICD-10 som är utvecklat av Världshälsoorganisationen och har rekommenderats av Socialstyrelsen. Han säger i en sammanfattning:

Alkoholproblem (högkonsumtion av alkohol, alkoholrelaterade skador och alkoholberoende) kan definieras på ett enkelt och tillförlitligt sätt. Det officiella diagnossystemet ICD-10, som infördes i Sverige 1995, utnyttjar operationella definierade kriterier för att ställa diagnosen alkoholberoende. Överensstämmelsen mellan ICD-10 och det amerikanska DSM-systemet som använts i de flesta moderna behandlingsstudier är god. Det är viktigt att man menar samma sak, när man inom socialtjänst och sjukvård talar om alkoholproblem. Detta är en förutsättning för samverkan, när det t.ex. gäller att planera och utvärdera behandling. ICD-10 diagnostiken är både internationellt accepterad (VHO) och vetenskapligt up-to-date och bör därför kunna vara ett bra hjälpmedel för god samverkan mellan socialtjänst och sjukvård. (Berglund, 2000, s 90-91).

Berglund hävdar att alkoholberoende patienter uppvisar hög frekvens av ångest, depression och psykos, och att en stor del av dessa symptom går tillbaka då missbruket upphör. *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, en evidensbaserad kunskapssammanställning* (2001) rekommenderar hälso- och sjukvården att uppmärksamma alkoholvanor när de bedömer patienter som söker dem. En sån intervention har visat sig ha effekt.

Initiativ är på gång från kommunalt håll för att lyfta fram beroende som en självständig anledning till ohälsa, dålig livssituation och missbruk. Vårdförbundet Sörmland ägs av nio Sörmlandskommuner i samverkan. Förbundet har gjort ett försök med "Öppet Intag". På behandlingshemmet Vårnäs i Vingåker tas missbrukare emot utan föregående utredning på socialbyrå. Det visar sig i en utvärdering som Centrum för välfärdsforskning vid Mälardalens Högskola har gjort, att enbart 6 % (sex procent) av missbrukarna är hänvisade till Vårnäs av socialtjänsten (Ekholm, Jonsson och Sidebäck, 1999). Enligt programledaren på Vårnäs B. Bondesson (personlig kommunikation, 10 april, 2003) kommer många på rekommendation från tidigare patienter. De kommer för egen motor utan några andra motivationshöjande åtgärder än hopp om bot för sitt lidande och kännedom om andra som lyckats få hjälp. Utvärderingen från Centrum för välfärdsforskning visar också att patienternas sociala profil inte skiljer sig från gängse profil på behandlingshem i landet. De får, enligt Bondesson, tolvstegsbehandling som för Vårnäs del betyder att patienten avgiftas och personalen visar dem på tolvstegsvägen till nykterhet. Från dag ett går patienten ett strukturerat schema för att

underlätta deltagande i självhjälsgrupper och motivera till ett nyktert liv. På Vårnäs anses att beroendesjukdomen är den primära orsaken till missbruk. Sakta men säkert kommer beroendebegreppet in i kommunernas erfarenhetsvärld. Forskare började redan 1977 tala om att de befann sig i ett paradigmskifte i synen på alkoholism (Studie av Pattison, Sobell och Sobell, 1977, citerat av Lindström, 1986, s 133).

### *Brukarperspektiv inom missbrukarvården*

Som ett exempel på ett brukarperspektiv inom missbrukarvården används tolvstegsbehandling genom tolvstegsprogrammet. Detta val grundas på att denna behandlingsform har vuxit fram ur ett brukarperspektiv genom AA-rörelsens erfarenhet. Behandlingen är en enkel väg ut ur alkoholmissbruk och den har visat resultat enligt *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, en evidensbaserad kunskapssammanställning* (2001). Behandlingen börjar med ett avgiftningsprogram som har en andlig balans som mål och tar 7-10 dagar, sedan följer träning i att styra och behärska sitt känsloliv med hjälp av tolvstegsprogrammet som tar ungefär tre veckor. Efter avslutad vistelse på behandlingshemmet är det upp till var och en om han eller hon fortsätter att öva tolvstegsprogram genom att gå på rekommenderade självhjälsprogram i anvisade självhjälsgrupper ute i samhället. Detta är fristående och självständiga grupper som har siktet inställt på ett gott liv i nykterhet genom övande av tolvstegsprogram. Den pedagogiska principen i den tolvstegsbehandling som jag känner till är att alla gruppens medlemmar är lärare och alla är elever och kunskapsmassan är deras sammanlagda egna upplevelser inom ramen för tolvstegsprogrammets erfarenheter. Denna princip finns beskriven av Lave och Wenger (1991) som "legitimate peripheral participation" som kan översättas till svenskan utifrån det begreppsliga innehållet med "legitimerat lärande umgänge".

Enligt uppföljningar gjorda av Von-programmets patienter från Färöarna (*Behandling af Alkohol- og stofmisbrukare efter minnesotamodellen på Heilbrigði*, 1988) och av Solliden behandling i Åkarp i Skåne (Giertz, 1988) leder ovan beskriven tolvstegsbehandling till att två år efter behandling lever hälften av patienterna ett nyktert liv. Det svenska storbolaget SSAB i Borlänge har sedan åttiotalet erbjudit denna form av tolvstegsbehandling till dem av de 2500 anställda som varit i behov av behandling. Företaget, som är vinstdrivet och bedriver en effektiv alkoholpolitik för att maximera sin vinst, uppger för *Tendens* (2003, 4:e april) att på drygt ett hundra behandlade personer har SSAB sparat närmare 20 miljoner kronor jämfört med om de inte fått behandling. Av dessa har sjutton hedrats för att ha uppnått mer än 10 års nykterhet svarande till 183 år sammanlagt (Tannerfors, 2003, 27 februari). Många är på väg

att bli hedrade på 10 årsdagen, uppger företagets expert på alkoholfrågor J. E. Lindquist (personlig kommunikation, 27. mars, 2003).

Tolvstegsbehandlingen har lånat AA gruppernas självhjälsprogram, tolvstegsprogrammet. Tolvstegsbehandlingen rekommenderar deltagande i AA efter behandling. Helmersson Bergmark (1995, s. 12) kallar behandlingsformen för Minnesotamodellen, men gör samma iakttagelse avseende tolvstegsprogram och behandlingshimmets uppmaning till patienten att gå på AA efter behandling. Tolvstegsbehandlingen har vetenskapligt dokumenterad effekt (*Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, en evidensbaserad kunskapssammanställning*, 2001), men är ganska omdiskuterad. Kritik har riktats mot metodikens perspektiv att i likhet med AA se alkoholism som sjukdom. Detta perspektiv har vissa svårigheter att bli taget på allvar inom delar av socialtjänsten. Bergmark och Oscarsson (2000) har följande att säga om tolvstegsbehandlingens sjukdomsperspektiv i kunskapsöversikten, *Behandling av alkoholproblem* från Centrum för utvärdering av socialt arbete:

En utgångspunkt är AAs syn på alkoholism som ett progredierande och kroniskt sjukdomstillstånd, men som man också anser vara behandlingsbart. Ibland används en mer professionell eller kvasiprofessionell beskrivning av alkoholism som en form av ”kemiskt beroende (Bergmark och Oscarsson, 2000, s 82)

De verkar inte helt godta beroendebegreppet. Världshälsoorganisationen och Socialstyrelsen rekommenderar beroendebegreppet, men forskare vid Centrum för utvärdering av socialt arbete beskriver begreppet som en ”mer professionell- eller kvasiprofessionell beskrivning av alkoholism”. De verkar inte fullt ut erkänna tolvstegsbehandling som ett professionellt alternativ trots att denna behandlingsform har vetenskapligt dokumenterad effekt enligt *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, en evidensbaserad kunskapssammanställning* (2001). Artikelförfattarna beskriver tolvstegsbehandlingen och det de kallar AA:s syn på alkoholism på ett sådant sätt, att det är på sin plats att undersöka detta närmare för att reda ut begreppen, att gå till brukarperspektivet i AA-boken (*Alcoholics Anonymous*, 1976/1939) och undersöka.

Sjukdomsperspektivet i medicinska kretsar har enligt Lindström (1986) inspirerats av AA-rörelsen. Värt är att notera att AA inte tar utåt ställning i frågan om alkoholism är en sjukdom eller inte. AA deltar överhuvudtaget inte i den offentliga debatten. Det kan anses troligt att följande rader beskriver en klinisk erfarenhet av fenomenet alkoholism som många av dem som övar AA:s tolvstegsprogram har tagit del av. Denna erfarenhet beskrivs nedan av dr Silkworth, en erfaren avgiftningsläkare som stöttade de anonyma alkoholisterna under de första stegen till nykterhet under trettioalet. Det torde vara följande rader ur AA-boken som



inspirerat de vetenskapsmän som försökte lösa gåtan om alkoholism genom sjukdomsmodellen. Dr Silkworths kliniska iakttagelse 1939:

Vi läkare har under en lång tid insett att någon form av "moralisk" psykologi var ytterst nödvändig för alkoholister, men dess tillämpning gav oss svårigheter som översteg vår förmåga. Med vår ultramoderna standard och vårt vetenskapliga sätt att närma oss problemen, är vi kanske inte så väl rustade att ta vara på kraften i det goda, som ligger utanför våra teoretiska kunskaper.

För många år sedan kom en av denna boks ledande medarbetare till mitt sjukhus för vård och medan han vistades här fick han några idéer, som han genast omsatte i praktiken. Senare bad han att som en förmån få berätta om sitt liv för andra patienter och med tvekan gav vi vårt medgivande. De fall vi har följt upp har varit ytterst intressanta; faktum är, att de varit häpnadsväckande. Osjälviskheten hos dessa människor, så som vi lärt känna dem, den fullkomliga frånvaron av penningmotiv och deras sammanhållning är verkligen inspirerande för en som länge och med förtvivlan arbetat med alkoholism. De tror på sig själva och ännu mera på en makt som har förmåga att rycka kroniska alkoholister ur dödens käftar.

Naturligtvis bör en alkoholist bli befriad från sitt akuta fysiska begär efter sprit och detta fordrar ofta sjukhusvård, innan han kan maximalt tillgodogöra sig hjälp av psykologisk natur. Vi tror nu, och antog redan för några år sedan, att alkoholens verkningar på dessa kroniska alkoholister är ett utslag av allergi, att detta verkligt pockande begär är begränsat till denna grupp av individer och aldrig visar sig hos den vanliga tillfällighetsdrickaren. Dessa allergiska människor kan aldrig utan risk förtära alkohol i någon form. När de en gång har fått denna vana och funnit att de inte kan bryta den, när de en gång har förlorat sitt självförtroende, sitt förtroende för allt mänskligt, då hopar sig deras problem och blir förvånansvärt svåra att lösa. Ett ytligt, känslösamt vädjande räcker sällan. Det budskap, som kan intressera och hålla fast intresset hos dessa alkoholister måste ha djup och värde. I nästan alla fall måste deras ideal vara grundade på en kraft starkare än de själva, om de ska kunna återuppbygga sina liv. (Anonyma Alkoholister, 1986, s 15).

AA-rörelsen är självförsörjande världsomfattande rörelse som är oavhängig andra rörelser eller institutioner, den lägger sig inte i offentliga debatter och tar inte emot ekonomiska bidrag utifrån. Huvudmålet är att behålla nykterheten, enligt AA-boken och att hjälpa andra alkoholister till detsamma. AA har inte någon syn på alkoholism utåt<sup>2</sup>. I AA-boken talas om alkoholism som sjukdom. AA-boken beskriver de anonyma alkoholisters erfarenheter av att förlora kontrollen över sig själva. De beskriver erfarenheter av denna sjukdom. Alkoholisterna beskriver en viss punkt i sin utveckling till alkoholist där den innerligaste önskan att sluta dricka inte är till någon nytta. De beskriver att alkoholisten förlorat kraften att välja när det gäller att dricka alkohol. I AA-boken står däremot inte att alkoholism är ett progredierande och kroniskt sjukdomstillstånd.

### *Diskussion*

Missbrukarvården i Sverige delas huvudsakligen upp på två områden, socialtjänst respektive hälso- och sjukvård. Hantering av missbruksärenden styrs i första hand av socialtjänstlagen och lagen om vård av missbrukare i vissa fall, varav den senare reglerar tvångsvård. Utredningsansvaret när det gäller insatser enligt lagen om vård av missbrukare

<sup>2</sup> Helmersson Bergmark (1995) hävdar att rörelsen har vuxit explosionsartat i Sverige sedan tillkomsten av tolvstegsbehandling under mitten av åttiotalet från några hundra till ca 9500 nyktra alkoholister 1994. De har för övrigt fortsatt växa i samma takt därefter, enligt deras och systerorganisationens NA:s möteslistor (NA står för Narcotics Anonymous, men kallas Anonyma Narkomaner i Sverige fast man behåller den amerikanska förkortningen)

ligger på socialtjänsten, som drivs av kommunerna. Alkoholisters rättigheter ska i första hand tas till vara av socialtjänsten som är den instans som tillhandahåller behandlingen.

Avgiftningsinsatser och psykiatriska insatser hör hemma inom hälso- och sjukvården, som drivs i första hand av landstingen och regleras av hälso- och sjukvårdslagen och lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Enligt denna lagstiftning är hälso- och sjukvården ålagd att arbeta evidensbaserat, utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet (2 kap. 1 § lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område). Socialtjänsten är, till skillnad från hälso- och sjukvården, inte i lag ålagd att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Missbrukarvården delas sålunda upp i två områden, med olika lagstiftning och arbetsuppgifter och arbete under olika stort ansvar.

Inom hälso- sjukvården finns olika legitimerade yrkeskategorier som arbetar under personligt ansvar. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd kan återkalla legitimationen om inte personen arbetar enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Något legitimationsförfarande finns inte inom socialtjänsten. Inom hälso- och sjukvården beslutar en som är kunnig när det gäller det specifika tillståndet vilken form av behandling en patient skall ha. Inom socialtjänsten är motsvarande beslut fattat som politiskt beslut av invalda lekmän i socialnämnden. Beslut fattas vanligen efter samråd med alkoholmissbrukaren, men tvångsvård är inte ovanligt. Innanför angivna politiska och ekonomiska ramar och ekonomiska förutsättningar väljer tjänstemän behandling åt alkoholister utifrån egen erfarenhet och egen behandlingsideologisk grund och förelägger sedan nämnden förslag till beslut. Den politiskt valda socialnämnden fattar alltså lekmannabeslut om val av behandling och hur mycket den får kosta. Det skiljer som sagt markant i arbetssätt och personligt ansvar mellan sjukvården och socialtjänsten.

Vid granskning förvånar att områden som är ålagda att arbeta med alkoholister arbetar så olika. Sjukvården ansvarar i första hand för avgiftningen och de psykiatriska insatserna och socialtjänsten de psykosociala insatserna. Hälso- och sjukvården förklarar missbruk i termer av oönskvärt beteende, men fördjupar förståelsen genom att definiera en beroendesjukdom som förklarar varför vissa människor utsätter sig själva och sin omgivning för lidande genom beteendet missbruk. Alkoholism är enligt hälso- och sjukvården en beroendesjukdom. Socialtjänsten som ansvarar för själva behandlingen har inte kommit fram till en enhetlig definition av alkoholism eller en allmänt erkänd behandlingsmetod, vilket måste försvåra kommunikationen mellan fälten.

För att möta efterfrågan på diverse psykosociala behandlingsalternativ görs i kommunerna omfattande upphandling av behandling för missbrukare. Enligt Socialstyrelsen

(Holmberg, 2002) innefattar dessa olika förklaringsmodeller och synsätt på hur missbruksproblem uppkommer och kan/bör avhjälpas. Detta förfarande beskrivs av Socialstyrelsen (Oscarsson, 2000) som att socialtjänsten har ett brett behandlingsutbud för missbrukare. Enligt *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, en evidensbaserad kunskapssammanställning* (2001) är förmodligen många av dessa metoder verkningslösa och ibland behövs tvångslagstiftning för att få missbrukare att delta i dessa insatser. Om effekten av det breda behandlingsutbudet hävdar Statens beredning för medicinsk utvärdering, i kapitlet Sammanfattning och slutsatser, att flera av de psykosociala metoder, som tillämpas i svensk missbruksvård, saknar vetenskapligt dokumenterad effekt.

Det går en klar gräns tvärs över den svenska missbrukarvården med sjukvård på ena sidan och socialtjänst på andra sidan. Dessa gränser är juridiska, organisatoriska, ekonomiska och kulturella. Gränsdragningen tar sig uttryck i olika arbetsmetoder och i olika teoretiska perspektiv. Det skiljer i vetenskaplig praxis och i synen på begreppet alkoholism. Danemark och Kullberg (1999) har lyft fram denna gränsdragning som ett betydande problem för samverkan mellan organisationer på dessa fält. Gränserna försvårar flöde av kunskap och erfarenhet mellan dessa organisationer och leder till att beroendesjukdomen i många fall inte behandlas med effektiva metoder av socialtjänsten.

Den nyansering av ordet alkoholism som märks i det allmänna språkbruket och som finns inom hälso- och sjukvården, har också påbörjats inom socialtjänsten. En begreppsglidning verkar vara igång från att se alkoholism som beteendet missbruk som behöver rättas till, över till att se alkoholismen mer nyanserat som sjukdomen beroende som leder till missbruk och behöver behandlas. Det kan bl a läsas ur kunskapsöversikten från fältet. Författarna till artiklarna i *Behandling av alkoholproblem, en kunskapsöversikt* (Sundbärg, 2000) verkar ha olika uppfattningar om vad alkoholism är. Berglund (2000, s 91) talar för samsyn med sjukvården om beroendebegreppet, beskriver missbrukarens andliga smärta och pekar på att Socialstyrelsen redan 1995 började använda det internationella diagnosinstrumentet ICD 10. Han hävdar att socialtjänsten definierar alkoholproblem på basen av dess komplikationer. Det finns dock motstånd från socialtjänsten mot beroendebegreppet. Bergmark och Oscarsson (2000) verkar inte helt godta beroendebegreppet och kallar användandet av det kvasiprofessionellt inom tolvstegsbehandlingen. Amerikanska forskare började redan under sjuttioalet att tala om att paradigmskifte var på väg inom alkoholistvården (Studie av Pattison, Sobell och Sobell, 1977, citerat av Lindström, 1986, s 133). Det är kanske denna konflikt uttryck för, eller det faktum att socialtjänsten inte arbetar utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

När vi går till brukarperspektivet, så bekräftas hälso- och sjukvårdens syn på alkoholismen som beroendesjukdom. Det visar sig att när behandlingshem som behandlar beroende öppnar sina portar för dem som lider av missbruk då strömmar de till för att få hjälp. Brukaren själv talar ett tydligt språk genom att själv skriva in sig på behandling när han/hon anser sig vara i behov av det. Precis som i annan sjukvård krävs varken särskilda tvångs- eller motivationsinsatser. En av rekommendationerna som expertgruppen inom Centrum för utveckling av socialt arbete gör i *Behandling av alkoholproblem, en kunskapsöversikt* (Sundbärg, 2000) är att rekommendera utveckling av metoder för motivationshöjande rådgivning, men alkoholisten själv verkar kunna uppleva sitt problem, märka när han behöver behandling och söka hjälp utan någon annan motivering än att få behandling för sin beroendesjukdom och tron att hjälpen finns. Detta kan vi läsa ur utvärderingen av Öppet Intag i Sörmland (Ekholm, Jonsson och Sidebäck, 1999). Enbart 6 % av inskrivna patienter hade motiverats dit av socialtjänsten. Patienternas sociala profil skiljer sig inte från klienter/patienter på andra behandlingshem. Den fingervisning som doktor Silkworth 1939 gav i AA-boken om alkoholism som någon form av systemsjukdom verkar hålla på att landa i ett beroendebegrepp.

Det finns motstånd mot brukarperspektivet inom socialtjänsten. En förklaring kan vara att en av de effektiva behandlingsmetoderna som utgår från beroendebegreppet och har sina rötter i AA:s brukarperspektiv, tolvstegsbehandlingen, inte har förmått att för utomstående klargöra sin metod och sin begreppsapparat. Bergmark och Oscarsson (2000) tillskriver tolvstegsbehandlingen AA:s syn på alkoholism som progredierande sjukdomstillstånd. Det höll inte för granskning ur brukarens perspektiv genom AA-boken. De förmår inte skilja rätt på AA-rörelsen och själva tolvstegsbehandlingen, vilket tyder på en kunskapslucka. Detta framkommer tydligt i *Behandling av alkoholproblem, en kunskapsöversikt* (Sundbärg, 2000) avseende AA och tolvstegsbehandling. Motståndet mot beroendebegreppet framgår vidare av kunskapsöversiktens olyckliga ordval *kvasiprofessionell* om beroendebegreppet inom tolvstegsbehandlingen.

AA-boken talar om alkoholismen som ett tillstånd utanför viljans kontroll. Den talar om sjukdom. AA-boken talar inte om progredierande och kroniskt sjukdomstillstånd, som experterna från Centrum för utveckling av socialt arbete hävdar. Experternas beskrivning av alkoholism kommer från den medicinska forskningen och har ofta förekommit i annons-brochyrer från behandlingshem som ansett sig arbeta enligt Minnesotamodellen, en inriktning inom tolvstegsbehandlingen. AA deltar inte i offentliga debatter och tar inte ställning

offentligt. Detta innebär bl a att de inte rättar till felaktigheter i vetenskapliga skrifter. Det kan bara konstateras att ovanskriven syn på alkoholism som den kommer till uttryck i AA-boken avviker från det som uppgavs vara AA:s syn på alkoholism i *Behandling av alkoholproblem, en kunskapsöversikt* (Sundbärg, 2000). Detta visar att det är viktigt att beakta brukarperspektivet inom svensk missbrukarvård. Här finns en kunskapslucka i en offentlig kunskapssammanställning. Kunskapsluckan är kanske inte så stor, men ordvalet är vilseledande. Kunskapsöversikten från Centrum för utvärdering av socialt arbete är tänkt som en handbok för svenska professionella och beslutsfattare inom svensk missbrukarvård. Detta står på bokens omslag. Beslutsfattarna är i stor utsträckning politiskt valda lekmän som köper behandling för närmare fyra miljarder kronor om året och blir vilseledda genom ordval som att beroendebegreppet är *kvasiprofessionellt* inom tovlstegsbehandlingen.

För att förstå motståndet mot beroendebegreppet krävs fördjupning i socialtjänstens olika tankemär och perspektiv. Socialtjänsten verkar inte ha definierat problemet, utan använder behandlingar som utgår från olika definitioner av alkoholism, alkoholisterna själva verkar måttligt intresserade av många av dessa insatser och socialtjänsten uppnår ganska måttliga resultat. Nästa avsnitt handlar om socialtjänstens olika synsätt. Detta för att fördjupa förståelsen för de olika förklaringsmodellerna och de olika synsätten.

#### *Analys av socialtjänstens perspektiv*

Lindström (1986) hävdar att Sverige har traditionellt varit behandlingsinriktat när det gäller alkoholism och de skadeverkningar fenomenet åstadkommer i sin omgivning. Eftersom alkoholism är något mångfasetterat och svårt, har olika modeller utvecklats för att förklara och behandla problem som uppstår i samband med missbruk av alkohol. Under hela nittonhundratalet har man från politiskt håll sett problemet ur folkhälsoperspektiv och prövat att åtgärda det.

#### *Missbruk är många begrepp*

I svenska socialpolitiska utredningar används begreppet alkoholmissbrukare synonymt med ordet alkoholist (Lindström, 1986). Det betecknar ”en person med sådana alkoholvanor att de vid upprepade tillfällen lett till alkoholskador” (Utredningarna *Alkoholpolitik*, 1974, s. 91 och *Vård av missbrukare i Stockholm*, 1979, s. 15, citerad av Lindström, 1986, s. 96). ”Missbruk” hänvisar till vanor eller avvikande beteende. Missbruk används om alkoholism i regeringens politiska deklaration för folkhälsan *En samlad politik för folkhälsa* (2001).

Begreppen är otydliga. Ordet beroende skymtar också i texten. Regeringens politiska program ger ingen vägledning till enhetligt synsätt för den vanlige socialarbetaren:

#### Vård och behandling

Vård, behandling och annan rehabilitering är avgörande insatser för att storkonsumenter och alkohol- och narkotikamissbrukare ska kunna komma till rätta med sitt beroende. Missbrukarvården förändrades kraftigt under 1990-talet. Tvångsvården nästan halverades samtidigt som den öppna vården fick en allt större betydelse. Vad dessa förändringar betytt för den enskilde storkonsumenten eller missbrukaren är dock inte känt. Bristen på resurser för de socialt mest utslagna missbrukarna har dock påpekats i flera sammanhang och av flera instanser. Det gäller bland andra hemlösa, personer med så kallad dubbeldiagnos (En missbrukande person som har en psykiatrisk diagnos), prostituerade missbrukande kvinnor och injektionsmissbrukare. Vård och behandlingsinsatser för missbrukare och storkonsumenter måste därför utvecklas och förstärkas. Inriktningen ska vara att fler missbrukare kommer ifrån sitt beroende. (*En samlad politik för folkhälsa, 2001, s 21*)

Socialstyrelsen har rekommenderat ett enhetligt synsätt på beroende baserat på diagnosinstrumentet ICD 10 och verksamma behandlingar är identifierade av Statens beredning för medicinsk utvärdering. När vård och behandling avhandlas i den politiska deklARATIONEN står inget om den beroendesjukdom som diagnostiseras med ICD 10 och kan drabba vem som helst. Fokus verkar vara på ett beteende och inte det lidande som följer av en sjukdom.

Beroende används två gånger i textcitatet ovan. Missbrukaren skall komma ”ifrån sitt beroende”, komma ”tillrätta med sitt beroende”. Det verkar vara likhetstecken mellan tillståndet beroende och beteendet missbruk. Samtidigt som begreppet *missbruk* används för att beteckna alkoholism, så används också *beroende* för att beteckna samma sak och det markeras att det är beroendet som det är viktigt att komma ifrån. Att komma ifrån något betyder närmast att låta bli eller undslippa. De skall låta bli att vara beroende. De skall också komma till rätta med sitt beroende. Det är ovanligt språkbruk att komma till rätta med en sjukdom, men vanligt språkbruk att komma till rätta med ett beteende som beteendet att missbruka. Tvångsvård är då ett alternativ för att komma åt missbrukarens avvikande beteende. Det låter som om regeringen använder beroende synonymt med missbruk och har inte tagit till sig diagnoskriterierna för beroende i ICD 10.

Den politiska deklARATIONEN använder många begrepp för tillståndet alkoholist. Utan klara definitioner är detta vilseledande för läsaren. På regeringsnivå är enbart känt tillståndet hos marginaliserade subgrupper som varit föremål för myndighetsingripande. Subgrupperna ger ansikte åt beroendet. Samtidigt är fem tusen dödsfall om året och fem till sju procent av vårddagar på sjukhus alkoholrelaterade enligt Folkhälsoinstitutets generaldirektör (Ågren, 2002). Trots detta är inget vetat på regeringsnivå om socialt anpassade beroende. Det måste påverka begreppsbildningen på regeringsnivå att de enbart hör talas om hemlösa, prostituerade, psykiskt sjuka människor som lider av beroende. Det kan förmodas att det

påverkar planering av insatser och insatserna själva. Marginaliserade subgrupper som har varit föremål för myndighetsinsatser har många talesmän som ger ansikte åt alkoholisten. Vanliga socialt anpassade missbrukare eller storkonsumenter blir osynliga. Beroendesjukdomen verkar försvinna i den tystnad som omgärdar den.

I den alkoholpolitiska texten från regeringskansliet (*En samlad politik för folkhälsan*, 2001) framträder tydligt hur tyst alkoholisten är i samhället. Lägg märke till följande uttalande i citatet ovan: ”Missbrukarvården förändrades kraftigt under 1990-talet. Tvångsvården nästan halverades samtidigt som den öppna vården fick en alltså större betydelse. Vad dessa förändringar betytt för den enskilde storkonsumenten eller missbrukaren är dock inte känt.” Stora förändringar gjordes under 1990-talet för att förbättra missbrukarnas behandling och spara pengar. Ingen vet om de fick det bättre. Det är inte känt hur stora förändringar inom behandlingsvärlden påverkade missbrukaren. Missbrukaren tillfrågas inte. Det står inget om dem som är socialt anpassade, men lider av beroendesjukdomen. Detta ger en fingervisning om missbrukarens status jämfört med andra grupper som konsumerar vård. Socialtjänsten har huvudansvaret för missbrukarvården. Att undersöka de perspektiv som socialtjänsten har haft på alkoholism de senaste decennierna kan bidra till förklaring av begreppens luddighet och missbrukarens status inom vården.

### *Perspektiv på alkoholism inom socialtjänsten*

Lindström (1986) nämner sex olika teoretiska perspektiv på alkoholism som kan bidra till att förklara och förstå tankebanorna på området:

- 1) *Den individuella modellen* som hävdar att alkoholism är ett tillstånd i sig, ett moralistiskt förfall. Lindström tillskriver IOGT och frikyrkorna detta synsätt.
- 2) *Sjukdomsmodellen* som lanserades av amerikanska forskare inspirerade av AA-rörelsen. De hävdar att alkoholism är ett tillstånd i sig, en primär sjukdom som det går att vara symptomfri från genom bl a övande av tolvstegsprogram.
- 3) *Världshälsoorganisationens beroendebegrepp* från 1977 anser alkoholism vara ett tillstånd i sig, ett beroende, ett syndrom som kan och måste behandlas. De hävdar syndromets självständighet och att det är behandlingsbart. Särskilda kriterier finns för missbruk eller för hög konsumtion av alkohol och det finns en riskgräns mot beroende. Det är samma klassificering som i diagnosinstrumentet ICD 10 som numera rekommenderas av Världshälsoorganisationen.

4) *Symptomteorin eller symptomperspektivet* hävdar att alkoholism inte finns som självständigt tillstånd, utan att det är symptom på bakomliggande sociala missförhållanden eller psykologiska störningar som skall åtgärdas för att alkoholismen sedan ska kunna ebba ut. Detta synsätt kan förklara behovet av det så kallade breda behandlingsutbudet och synen på missbrukaren som avvikande person.

5) *Den inlärningspsykologiska modellen* talar om felaktig inläring som det går att komma till rätta med. Det är ett psykologiskt synsätt som förutsätter att allmänna principer styr denna process och att skadligt beteende som är inlärt kan läras om. Olika sociala inlärningsmodeller och kognitiva modeller har utvecklats. Alkoholproblem betraktas som en inlärd beteendestörning, eller betingning, i likhet med tröstätande och sexuella avvikelser enligt modellens företrädare. Alkoholism är enligt synsättet en störning i personligheten som kännetecknas av omåttligt intag av alkohol. Alkoholist är den som har denna störning.

6) *Det bio-psyko-sociala perspektivet* försöker ta tillvara forskningsresultat gjorda i samtliga ovan beskrivna perspektiv för att hitta lösning på problematiken, enligt vilket alkoholberoende vidmakthålls av ett komplicerat samspel av biologiska, psykologiska och sociala påverkansfaktorer och konsekvenser. Bio-psyko-sociala perspektivet ser alkoholism som multifaktoriellt betingat syndrom, som för att utvecklas kräver en kombination av biologiska eller fysiologiska, psykiska och sociala förutsättningar. De uppfattar ett behov av en syntes mellan de teoretiska perspektiv som är ledande i vetenskapliga sammanhang, nämligen sjukdomsmodellen och den inlärningspsykologiska modellen.

Det kan som kuriosum nämnas här att två svenskar, Lena och Arvid Carlson, påpekade att skador i nervsystemets signalsystem kan leda till beroende (Carlson och Carlson, 1988). Det anses i dag i medicinska kretsar i Sverige vara en trolig förklaring till beroende. Arvid Carlson har senare erhållit nobelpriset för sin forskning om signalsystemen. Försök görs naturligtvis att hitta mediciner mot åkomman, men hitintills med begränsat resultat. Läkemedlet Campral lanseras exempelvis för att balansera alkoholisters nervimpulser enligt information från läkemedelsföretaget Pharma Maersc<sup>3</sup>. De medicinska och biologiska aspekterna är för övrigt utanför denna studie.

---

<sup>3</sup> 3 Följande säger i en annonsartikel på deras hemsida: Långvarigt alkoholberoende leder till kompensatoriska mekanismer som motverkar alkoholens dämpande effekt på hjärnaktiviteten. När patienten slutar att dricka leder dessa mekanismer, som kan kvarstå flera månader, till en överaktivitet i hjärnan som ökar risken för återfall i drickande när "alkoholsuget" blir för starkt. Två neurotransmittorsystem är framför allt inblandade: GABA samt glutamat via NMDA-receptorerna. Man talar ofta om två former av begär efter alkohol som delvis överlappar varandra; det positiva begäret eller belöningseffekten och det negativa begäret, som innebär att man vill slippa från de negativa konsekvenserna av att inte dricka alkohol. (<http://www.merck.se/Campus>, artikel: *Campral minskar risken för återfall*)



Enligt Lindströms (1986) uppräknig av perspektiv kan olika alkoholvanor vara alkoholism och ingen behöver vara det. Beroende på i vilket perspektiv man ser alkoholism inom missbrukarvården kan man argumentera för och emot olika behandlingsinriktningar. Det finns otaliga tillfällen till missförstånd. Det blir lätt att tala förbi varandra.

### *Val av behandling inom socialtjänsten*

Socialstyrelsen kartlägger årligen vilka behandlingar som används inom svensk missbrukarvård. I förordet till rapporten för året 2001 sägs bl.a.

Arbetet har bedrivits inom Socialstyrelsens socialtjänstavdelning, och utgör en del i Socialstyrelsens program rörande missbruksfrågor..... Kartläggningen har utformats efter förebild av det uppföljningssystem som används av den amerikanska federala myndigheten för missbruks- och mentalhälsovård (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMHSA*)..... Rapporten vänder sig både till beslutsfattare i stat och kommun och till professionella inom missbrukarvården. Det är vår förhoppning att den skall stimulera till diskussion om kvalitetsutveckling samt fungera som en utgångspunkt för fördjupningsstudier av innehåll och kvalitet i vården. (Holmberg, 2002, s 3).

Denna kartläggning är gjord enligt amerikansk förebild. I metodhänseende dominerar, enligt rapporten, två behandlingsinriktningar: Jagstärkande/stödande terapi och social färdighetsträning. Andra metoder är tolvstegsbehandling eller Minnesotamodellen, lösningsfokuserad modell, kognitiv beteendeterapi, socialpedagogisk ansvarsmodell, psykodynamisk insiktsterapi och systemteoretisk modell. Som framgår av benämningarna finns det olika metoder för att stävja missbruk. Det går sålunda inte i Socialstyrelsens kartläggning av missbrukarvården för år 2001 att utläsa någon samsyn om vad alkoholism är, vilket tillstånd det är som behandlas. I rapporten talas det diffust om alkoholistvård som missbrukarvård, och alkoholisten som missbrukare, eller ännu mer luddigt i rapporten: klient/patient, som återspeglar insatsernas olika teoretiska perspektiv. "Patient" antyder att alkoholism är en sjukdom, "missbrukare" fokuserar på beteendet och "klient" tyder på ett kundförhållande, alternativt ett vårdbehov. Advokater har klienter, men det har också kriminalvård och socialtjänst. Benämningarna antyder de olika synsätten på alkoholism som framgår av Lindströms olika perspektiv. Patient kan kopplas till sjukdomsmodellen, Världshälsoorganisationens perspektiv och eventuellt det bio-psyko-sociala perspektivet. De övriga perspektiven kan kopplas till en social eller psykologisk nöd. Däremot säger rapportens benämningar ganska litet om vad som egentligen pågår på behandlingshemmen i metodhänseende. Som framgår av rapportens beskrivning av behandlingsmetoder och insamlande av data är uppgifterna diffusa och källan osäker:

Med behandlingsmetoder avses i denna kartläggning såväl behandlingsmodeller, dvs. tankeramar som innefattar olika förklaringsmodeller och synsätt på hur missbruksproblem uppkommer och kan/bör avhjälpas, som specifika behandlingstekniker. Vi har valt att undersöka enheternas användning av olika

metoder genom att presentera en lista med metoder, som vi bedömer vara relevanta och förekommande inom missbrukarvård med en möjlighet för enheterna att tillfoga andra metoder till listan. I svaret har de fått ange om respektive metod utgör ett "bärande inslag" i verksamheten, tillämpas "i viss mån" eller "inte alls" tillämpas. (Holmberg, 2002, s 26).

Det framkommer att behandlingar som köptes för närmare fyra miljarder kronor under år 2001 består av tankerammar som innefattar olika förklaringsmodeller och synsätt på hur missbruksproblem uppkommer, olika förklaringsmodeller till hur de kan eller bör avhjälpas. Kartläggningen är, som påpekats, gjord efter amerikansk förebild. De som svarar verkar ha stor frihet att tolka begreppen på den lista med metoder som presenterades för dem. Det framgår inte om det finns en samsyn inom den svenska missbrukarvården om vad dessa olika metoder står för i det praktiska arbetet. Rapporten talar vidare om hur många procent av behandlingarna som informerar om alkoholism, men inte ur vilket perspektiv informationen ges.

#### *Effekten av socialtjänstens missbrukarvård*

Statens beredning för medicinsk utvärdering hävdar som påpekats ovan, i sin forskningsöversikt *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, en evidensbaserad kunskapssammanställning* (2001), baserad på internationell och nationell forskning, att felsatsningar sker inom missbrukarvården i Sverige varje år och att behandlingen kan göras avsevärt effektivare genom att använda vetenskapligt beprövade metoder. När rapporten publicerades i september 2001 berättade medierna om att det satsas miljarder kronor fel varje år på vård och behandling av alkohol och narkotikaberoende. Kritik mot rapporten har framförts av Bergmark (2001) i tidskriften *Alkohol och Narkotika* som ges ut av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Tidskriften ska ur ett journalistiskt perspektiv, granska och bevaka aktuella händelser på drogområdet samt följa forskning som bedrivs, enligt deklARATION från redaktionen. Tidskriften är sålunda inte vetenskaplig, men har stor spridning inom missbrukarvården och påverkar samtalet på området. Bergmark är skeptisk till det empiriska underlaget för flera av de konklusioner som Statens beredning för medicinsk utvärdering kommer fram till. Han undrar hur mycket klokare man blir av denna rapport. Bergmark är professor med inriktning på vård och behandling av alkohol och drogmissbrukare, vid institutionen för socialt arbete på socialhögskolan vid Stockholms universitet. I nästa års första nummer av tidskriften *Alkohol och Narkotika* avvisades Bergmarks kritik av den statliga beredningens experter (Andréasson, Öjehagen och Berglund, 2002). De menar att Bergmarks nitiska kritik avser så liten del av underlaget att kritiken blir missvisande för rapportens innehåll.

Statens beredning för medicinsk utvärdering understryker på mycket goda grunder behovet av att samla kunskap om effektiva behandlingsmetoder. I de flesta undersökningarna som ingår i deras material diagnostiseras alkoholism med hjälp av DSM-4, enligt vilket alkoholism är ett beroende. Kriterier finns också för missbruk. Det är god samstämmighet mellan DSM-4 och diagnosinstrumentet ICD 10 (Berglund, 2000, s 90-91). Statens beredning för medicinsk utvärdering har sålunda klara kriterier för vad som skall behandlas och följaktligen vad det är som jämförs i gjorda undersökningar. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) hävdar att det finns behandlingar som visar gynnsamma resultat och de redovisar det som utmärker dessa behandlingar:

En jämförelse av olika psykosociala behandlingar visar att flera specifika metoder har likartad effekt. Dessa behandlingar utmärks av en klar struktur och väldefinierade åtgärder vilka ofta är baserade på detaljerade riktlinjer. Detta gäller exempelvis olika former av kognitiv beteendeterapi, så kallad 12-stepsbehandling (exempelvis Minnesota-modellen). Ofta kombineras de med självhjälpssystem som hos Anonyma Alkoholister, samt motivationshöjande behandling. (*Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, en evidensbaserad kunskapsutställning*, 2001, s. 17).

De understryker vikten av samtal med patienter i riskzonen och SBU påpekar att socialtjänsten inte använder de psykosociala behandlingar som visar resultat som första alternativ.

Ett enhetligt arbetssätt inom socialtjänsten rekommenderas av Socialstyrelsen. Sedan 1996 pågår arbete på Socialstyrelsens Centrum för Utvärdering av Socialt arbete med ASI "Addiction Severity Index". (Mer kan läsas i boken *ASI en strukturerad intervju metod för bedömning av alkohol och narkotikarelaterade problem*, 1999). ASI är en strukturerad intervju som innehåller frågor av relevans för klienters missbruksproblem. Intervjun täcker förutom alkohol- och narkotikamissbruk även andra livsområden som arbete, fysisk och psykisk hälsa, socialt umgänge och kriminalitet. ASI verkar vara ett screeninginstrument som Socialstyrelsen lanserar för att samordna insatser för missbrukarvården i landet. Ett annat initiativ som fått genomslag inom socialtjänsten mot enhetligt arbetssätt är ADDIS<sup>4</sup> (Bergmark och Lundström, 1998). ADDIS bygger på ovannämnda två internationella diagnossystem, ICD-10 från Världshälsoorganisationen som återger kriterier för psykiatriska och somatiska sjukdomar och DSM IV som används inom psykiatri. Beroendebegreppet är sålunda klart förankrat. Kriterier för alkoholism handlar om kontrollförlust, återställarbehov, egna och anhörigas smärtsamma upplevelser av alkoholbruket, ångest, skuld känslor, vredesutbrott med mera.

---

<sup>4</sup> ADDIS (Alkohol Drog Diagnos InStrument) är från USA och har spridits i Sverige av utbildare Lynn Wickström i Åre som gett utbildning i användandet av ADDIS på socialbyråer runt om i landet. Data från ADDIS test har används vid vetenskapliga utvärderingar i Sverige.

### *Diskussion*

Socialtjänsten ser alkoholism ur ett folkhälsoperspektiv men har ingen enhetlig begreppsapparat för att definiera problemet alkoholism. Det finns en lång tradition bakom att utveckla olika metoder för att komma åt alkoholismens skadeverkningar som förklarar problemet olika. De olika perspektiv som är vanligt förekommande verkar polariseras mellan att alkoholism är ett oönskvärt beteende och att alkoholism är en sjukdom. I avsaknad av en enhetlig definition framträder tillståndet alkoholism som något diffust. En av konsekvenserna av detta är att det görs felsatsningar inom socialtjänstens missbrukarvård genom köp av överksamma behandlingar.

I offentliga policydokument och utredningar ur socialtjänstens perspektiv presenteras alkoholism som en form av avvikande beteende och inte som en beroendesjukdom som vem som helst kan drabbas av. Tyngdpunkten för missbrukarvården ligger på att stävja missbruket, som ses som ett oönskvärt beteende. Att bota eller lindra en beroendesjukdom står inte i centrum. Det går i och för sig att urskilja en viss begreppsglidning från missbruk till beroende i regeringens politiska deklaration för folkhälsa. Ordet beroende skymtar förbi i den alkoholpolitiska texten tillsammans med orden alkoholmissbruk, storkonsument och alkoholmissbrukare. Begreppen används dock svävande. Missbrukarna skall komma ifrån sitt beroende. Beroendebegreppet är förankrat i de diagnos- och screeninginstrument som socialtjänsten rekommenderas använda och delvis använder. Staten förmår dock inte stödja den enskilde socialarbetaren i sin yrkesutövning genom att hävda något enskilt begrepp klart och tydligt. De förmår inte säga rakt ut att beroendesjuka personer skall komma ifrån sitt missbruk genom att få behandling för sitt beroende. Beroende verkar tvärtom användas synonymt med missbruk. Det verkar vara ett beteende som det går att komma ifrån, inte en sjukdom som behöver åtgärdas.

Det verkar finnas en konflikt mellan den teoretiska nivån inom socialtjänsten och den praktiska nivån. Både ASI och ADDIS använder beroendebegreppet. Dessa instrument börjar få en spridning inom socialtjänsten, vilket pekar i riktning mot att beroendebegreppet börjar få fotfäste i det praktiska arbetet. Det gör beroende till en av huvudanledningarna till att missbruk av alkohol uppstår i en människas liv. En begreppsglidning är på gång som fördjupar och ökar vår förståelse för missbruk som fenomen. Det finns dock motstånd som eventuellt förklarar regeringens lamma förhållningssätt. Beroendebegreppet verkar också ha svårt att få fotfäste inom socialhögskolorna i ljuset av att de som beskriver det som kvasiprofessionellt är just professorer på socialhögskolor. Det tyder på att på den teoretiska nivån i socialt arbete ses problemet på ett annat sätt än den på den praktiska nivån. På den

teoretiska nivån löper tankebanorna i gamla, invanda och trygga hjulspår. Forskningen förmår inte ta in erfarenheter från fältet i tillräckligt stor utsträckning.

Statens beredning för medicinsk utvärdering har klara kriterier för vad som skall behandlas och följaktligen vad det är som jämförs i gjorda undersökningar. Detta förefaller saknas i Socialstyrelsens kartläggning av den svenska missbrukarvården. Vidare har statsmakten, trots en stor omläggning av missbrukarvården under nittiotalet, inte tagit reda på hur omläggningen påverkade missbrukaren. Alkoholisten tillfrågades inte om han fick det bättre eller sämre. Här framträder också frågan om de beroendesjukas status jämfört med andra patientgrupper. Fokus är på det oönskvärda beteendet och marginaliserade subgrupper. Missbrukare uppmärksammas för sitt missbruk, förekomsten av avvikande beteende och inte för sitt konstaterade lidande. När det gäller andra patientgrupper är det tvärt om, exempelvis reumatiker som uppmärksammas för sina smärtsamt slitna höfter och inte sitt haltande.

Vi börjar förstå mer och mer om den tvångsmässiga handlingen att missbruka sönder sitt sociala liv. Statens beredning för medicinsk utvärdering (*Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, en evidensbaserad kunskapssammanställning, 2001*) hävdar att det finns behandlingar som visar gynnsamma resultat och redovisar vad som utmärker dessa behandlingar. Den biologiska forskningen har ställt upp modeller som förklarar alkoholism som en sjukdom i nervsystemet och läkemedlet Campral har lanserats för att minska svängningar i alkoholists nervimpulser. Mycket tyder på att beroendebegreppet har kommit för att stanna. Inte minst med tanke på att beroendediagnosen bekräftar i stort alkoholists egen upplevelse av sitt tillstånd, enligt brukarperspektivet, som det framkommer i AA-boken.

Det behövs betydande pedagogiska insatser för att hjälpa socialtjänsten och statsmakten ur gamla hjulspår och mot mer fruktbara tankebanor. När missbrukarvårdens offentliga organisationer slutar tänka på missbruk som enbart oönskvårt beteende och börjar inse att merparten av missbrukarna tar droger för att bedöva en andlig smärta, då närmar vi oss lösningen på problemet. Vi börjar tänka i banor som harmonierar väl med alkoholists egen upplevelse enligt AA-boken och internationellt erkända diagnosinstrument som leder till behandlingar vars effekt har dokumenterats i vetenskapliga studier. Då byter vi paradigmet inom den offentliga svenska missbrukarvården.

Statens beredning för medicinsk utvärdering understryker behovet av att samla kunskap om effektiva behandlingsmetoder och Socialstyrelsen håller med. Detta tyder på att den offentliga svenska missbrukarvården är på väg mot ökat kunnande. Socialstyrelsen lanserar genom Centrum för utvärdering av socialt arbete ett amerikanskt instrument, ASI, ett frågeformulär för att kartlägga missbrukarens liv och beroende. Detta för att samordna

insatser inom socialtjänstens missbrukarvård. Detta kan bli värdefullt instrument för framtiden förutsatt att det får spridning. Värdet ligger i tillgång till jämförbara data som kan leda oss rätt i förståelsen av orden alkoholist och alkoholism. Hjälpa sektorn till samsyn. Samsyn föreligger inte i dag inom socialtjänsten avseende alkoholister och alkoholism.

Undersökningar och utvärderingar som görs i framtiden inom socialtjänsten baserade på ASI kan bli värdefulla. De är jämförbara. Däremot verkar undersökningskriterierna utgå från det avvikande beteendet. Också andra patientgrupper uppvisar avvikande beteende som den halte reumatikern liksom den nysande allergikern utan att beteendet sätts i fokus på lidandets bekostnad. ASI har tydligen en fokus på alkoholisten som förvisso en beroende, men arbetskygg, nedgången, halvgalen, kriminell varelse i dåligt sällskap. En i och för sig känd myt. Myten kan eventuellt bottna i att det i första hand är socialtjänstens klienter, som erbjuds missbrukarvård. Klienterna kan tillhöra olika marginaliserade subgrupper som varit föremål för socialtjänstens myndighetsinsatser. Detta kan leda till snedvridet urval av beroende personer i socialtjänstens kunskapsbas, en uppmärksammas felkälla inom alkoholforskningen, enligt Lindström (1986, s. 106 - 107).

Det är viktigt att uppmärksamma att beroende personer kan ha mytens egenskaper, men behöver inte ha dem. Lindström (1986, s. 109 - 110) berättar om en undersökning gjord av Vaillant (1983) på alkoholister som varit helnyktra under tre år och var psykiskt lika friska och normala som de som varit måttlighetskonsumenter hela sitt liv. Vaillant fann vidare i en prospektiv undersökning att de alkoholister som led av mental ohälsa och blev socialt utslagna och långvarigt arbetslösa, drabbats av dessa konsekvenser först efter att de blivit alkoholister. Fast dessa alkoholister som vuxna led av personlighetsstörningar hade de som barn inte haft det svårare än de som inte utvecklade alkoholism. ”Uppfattningen av alkoholism som symptom på problemfylld uppväxt och bakomliggande personlighetsstörningar grundar sig enligt Vaillant på retrospektiv-illusion”. Vaillant syftar på att data om alkoholists livslopp hämtas in först efter det att han blivit alkoholist. För att spara pengar i sjukvården och öka livskvaliteten i landet måste tystnaden kring beroendesjukdomen brytas.

Statens beredning för medicinsk utvärdering påpekar i sin sammanfattning (*Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, en evidensbaserad kunskapsammanställning*, 2001) att en betydande del av dem som ligger på sjukhus ligger där i sviterna efter användande av alkohol. Folkhälsoinstitutets generaldirektör hävdar att 5-7 % av alla vård dagar på sjukhus kan relateras till alkohol (Ågren, 2002). Det verkar vara så att en enorm uppgift för vården finns i just alkoholistbehandlingen för att minska sjukvårdskostnader och höja livskvaliteten bland stora grupper i landet. De beroendesjuka representeras i dag på

regeringsnivå av dem som haft myndighetsansvar för marginaliserade subgrupper. Det är i farans riktning att detta påverkar begreppsbildningen på regeringsnivå och påverkar planering och insatser i ogynnsam riktning för de socialt väl anpassade alkoholisterna som lider av beroende. Här skulle krävas en arbetslivspedagogisk satsning inom svensk missbrukarvård. Alkoholisten måste få en röst. Det är mycket ovanligt att patientperspektivet inte beaktas inom vården. De alkoholister som uppnått nykterhet kan förmedla hur det var att vara alkoholist, vad det var som bröt den alkoholiska förtrollningen och hur de ser på fenomenet i dag. En sån informationskälla kan just vara AA-boken.

Vi är förmodligen på väg från att förstå att beroende inte är ett beteende till att förstå att beroende är en systemsjukdom i nervsystemet. AA-boken säger att alkoholisten har en sjukdom som man kan lära sig leva med. En alkoholist kommer lika litet ifrån sitt beroende som allergiker från sin allergi. Däremot kan en beroende människa lära sig leva med sitt beroende utan att hamna i missbruk, precis som allergikern kan lära sig leva med sin allergi utan att ständigt nysa. När den förståelsen blir allmän inom missbrukarvården kan livskvaliteten öka i många familjer och vi kan räkna med en del besparingar inom sjukvården. En sån utveckling kräver reflektion inom svensk missbrukarvård, att lämna de gamla tankebanorna och börja se problemet i nytt ljus baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet.

#### ARBETSLIVSPEDAGOGISK ANALYS AV MISSBRUKARVÅRDEN

Kunskapsbehov och en viss oförmåga inom socialtjänstens missbrukarvård att ta till sig evidensbaserad kunskap har uppmärksammats bl.a. i en rapport från en undersökning av kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten, initierad av Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen (Tydén, Josefsson och Messing, 2000). Där säger i sammanfattning:

Det är få av de deltagande som explicit har uttryckt någon användning av forskningsresultat. Det finns dock några undantag. Vårt huvudintryck är att forskningsresultat ej används, i alla fall inte på ett medvetet plan. Under de mer än två år som projektet har pågått har det i diskussionerna sällan kommit någon hänvisning till enskilda forskare eller till enskilda forskningsresultat och/eller forskningsområden. Deltagarna förmedlar en känsla av dåligt samvete över att de missar forskningsresultat som de tror finns att tillgå därute, samtidigt som det finns en osäkerhet kring huruvida forskningsresultaten berör deras egen yrkespraktik. Det är intressant att notera denna ambivalens till just forskningen. (Tydén, Josefsson och Messing, 2000, s 3)

Vidare sägs i sammanfattningen:

Det framträder närmast en organisatorisk planlöshet då det gäller att stötta ett systematiskt byggande av yrkeskunnandet. Kanske är det då inte så konstigt att den enskildes kunskapsprojekt knyts nära till det egna livsprojektet. Erfarenheter från våra grupper och enskilda intervjuer pekar mot att det går att karaktärisera socialsekreterarens kunskapsbildning som ett i huvudsak individuellt projekt. Det kanske allvarligaste med den privata och det organisatoriskt planlösa kunskapsbyggandet inom socialtjänsten, är att varje socialsekreterare själv måste tolka sin organisations mål och utifrån detta försöka ordna en

utveckling och utbildning i yrket som stämmer överens med tolkningen. (Tydén, Josefsson och Messing, 2000, s 3)

I Oscarsson (2000) behandlas missbrukarvården i ett särskilt kapitel. Kapitlet tar upp förutsättningarna för den socialtjänstbaserade missbrukarvården. De många perspektiven på alkoholism beskrivs och svårigheten att utvecklas evidensbaserat inom socialtjänsten redovisas och kunskapsbehovet inom socialtjänsten understryks. Oscarsson säger i sina slutsatser:

Sammanfattningsvis kan sägas att den socialtjänstbaserade missbrukarvården idag har ett relativt brett utbud av olika insatser av såväl behandlande som stödjande slag, men att detta utbud inte bygger på kunskaper om behov av insatser inom olika risk- och missbruksgrupper, eller på en evidensbaserad professionell kunskap om relationen mellan insatser och klienteffekter. De insatser som gjorts för att stimulera uppbyggnaden av en mer evidensbaserad missbrukarvård har hittills varit splittrade, ofta saknat förankring inom forskarsamhället och i en bredare forskningsinriktad praktik, och bara punktvis bidragit till metodutvecklingen inom fältet (Oscarsson, 2000, s 98).

Om utvecklingsbehovet inom socialtjänsten på området alkoholistbehandling säger Oscarsson att kunskaperna om vårdbehov och resultat är dåliga. Strukturella faktorer på samhällsnivå, som ekonomin, och olika tillfälliga faktorer inom fältet styr utvecklingen i högre grad än evidensbaserad kunskap. Han efterlyser ett professionellt perspektiv på och inom den socialtjänstbaserade missbrukarvårdens verksamhet. Han är missnöjd med kunskapsutveckling och forskning på fältet:

När det gäller missbrukarvårdens insatser har det hittillsvarande statliga och regionala stödet i form av projektmedel och stöd till lokal och regional FoU-verksamhet inte lett till någon påtaglig utveckling av evidensbaserad kunskap om insatsernas klienteffekter. Detta trots att stödet är i mångmiljonsklassen. (Oscarsson, 2000, s 98)

Och vidare säger Oscarsson:

För att börja bygga en professionell, evidensbaserad missbrukarvård måste ett nära samarbete mellan socialtjänsten, den högskolebaserade forskningen och annan forskningsinriktad klinisk verksamhet etableras. Att få till stånd en sådan utveckling är en av de mest angelägna punkterna under de kommande åren och kräver troligen initierande och samordnande initiativ från centralt och regionalt statligt håll. (Oscarsson, 2000, s 98)

Problemet med kunskapsutvecklingen inom alkoholistvården har uppmärksamats av regeringen. Ny statistik talar om väsentligt ökad alkoholkonsumtion i landet. Det ökar ännu mer trycket på missbrukarvården att genom utvärderingar visa mätbara och mellan varandra jämförbara resultat. Det finns behov av relevant forskning och kunskap inom fältet, enligt regeringen. Innebörden i orden alkoholist och alkoholism blir intressanta ur ett samhällsperspektiv, vilket kommer till uttryck i regeringens intresse för ökad forskning och sammanställande av kunskap inom området. Detta framkommer i regeringens ”Alkoholbok” *En samlad politik för folkhälsa* (2001).



En bakgrund ges sammanfattningsvis i *Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador* (2001). Där sägs att målet för svensk alkoholpolitik är att alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar ska minska. Där sägs också:

Att begränsa alkoholens negativa effekter har länge varit en viktig folkhälsofråga och en naturlig del av Sveriges välfärdspolitik. Ett effektivt verktyg i detta arbete har varit att begränsa tillgången till alkohol, bland annat genom att föra en aktiv prispolitik. (Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador, 2001, s 5)

Regeringen påpekar att möjligheten till aktiv prispolitik och restriktioner har begränsats med anledning av ökad internationalisering och medlemskapet i EU. Därför är det viktigt att hitta nya vägar för att slå vakt om folkhälsan, men kunskapen om alkoholism är bristfällig. Det aviseras ökad forskning om konsumtionsmönster och det uttalas att kunskapen om missbrukarvårdens resurser, insatser och resultat bör öka. Det avsätts medel för att stärka den svenska alkoholpolitiken. Regeringen understryker behovet av att samla krafterna kring den folkhälsofråga som alkoholmissbruket och alkoholens skadeverkningar är, men att det behövs mer kunskap om och forskning på fältet.

Tillståndet inom socialtjänsten kan sammanfattas så här: Kunskapsbyggandet framträder som organisatoriskt planlöst. Enskilda socialsekreterare upplever att forskningen inte rör deras yrkesområde. Som framkom tidigare fattas beslut utifrån ekonomiska och politiska ramar vilket bekräftas här. Strukturella faktorer på samhällsnivå, som ekonomin, och olika tillfälliga faktorer inom fältet styr utvecklingen i högre grad än evidensbaserad kunskap. Det verkar vara brist i kontakt mellan fältet och forskningen. Detta skapar svårigheter för socialtjänsten att utvecklas evidensbaserat, vilket i sin tur försvårar begreppsbyggnaden. Oscarsson (2002) kommer till slutsatsen att för att börja bygga en professionell, evidensbaserad missbrukarvård måste ett nära samarbete mellan socialtjänsten, den högskolebaserade forskningen och annan forskningsinriktad klinisk verksamhet etableras.

#### *En arbetslivspedagogisk uppgift*

Regeringen är bekymrad för ökad alkoholkonsumtion i kölvattnet av EU-inträdet och pekar på behovet av relevant forskning och kunskap om alkoholism för att skydda folkhälsan. Här finns tydligen stora möjligheter för arbetslivspedagogiken.

I förra hälften av denna uppsats framkommer att det verkar råda en stor oenighet inom svensk missbrukarvård om vad alkoholism är. Detta syns tydligt i offentliga policyprogram och rapporter som uttrycker sinsemellan olika synsätt. De är luddiga som ovanbeskrivna exempel visar. Alkoholistbehandlingen inom socialtjänsten utgår från olika tankemallar och metoder. De flesta av dessa metoder kan inte uppvisa vetenskapligt dokumenterade resultat.

Det saknas vetenskapliga utvärderingar av dem i Sverige, vilket gör att begreppen alkoholist och alkoholism svävar. Ur hälso- och sjukvårdens perspektiv hävdas utifrån aktuell forskning att alkoholism är sjukdom, men i socialtjänstens perspektiv finns det fler förklaringsmodeller. De mest använda förklaringsmodellerna definierar alkoholism i beteendetermer. Detta står i skarp kontrast till de forskare som redan 1977 började tala om att de befann sig i ett paradigmskifte i synen på alkoholism (Studie av Pattison, Sobell och Sobell 1977, citerad av Lindström, 1986, s 133).

När det råder oklarhet på det teoretiska planet är det en vetenskaplig metod att undersöka hur det är i praktiken, att gå ut i verkligheten och undersöka. Vad säger behandlarna själva utifrån sin egen ofta mångåriga erfarenhet? Vad säger alkoholisterna? Går det att uppnå samsyn om vad alkoholism är genom dem som finns på fältet? Går det att genom reflektion i de organisationer som ansvarar för alkoholistbehandling att hitta en minsta gemensam nämnare för begreppen alkoholist och alkoholism för att sedan föra den samsynen upp på den teoretiska nivån där de teoretiska läsningarna ligger? Den norske pedagogen Erling Lars Dale hävdar att en sån reflektion i organisationer är möjlig och ger exempel från skolans värld.

Vid analyser av aktuella utredningar från Socialstyrelsen och regeringens policydokument framkom behov av kunskapsutveckling inom socialtjänsten på området missbrukarvård. Med hjälp av Dales (1999) modell för reflektion i lärande organisationer, erfarenheter från missbrukarvården i Varbergs kommun och egen erfarenhet som handledare för behandlare inom svensk missbrukarvård diskuteras nedan huruvida socialtjänstens alkoholistbehandling kan bli ett arbetslivspedagogiskt projekt. Att välja Dale framför annan arbetslivspedagogisk litteratur förklaras med att skolans värld, som Dale är verksam i, liknar missbrukarvården. Båda arbetar med människor som objekt. Hans forskning syftar till att lösa upp professionella knutar i en sådan miljö.

#### *Erling Lars Dales modell för reflektion inom lärande organisationer*

Dale (1999) hävdar att det i dagens föränderliga organisationer finns en stor efterfrågan på att öka kompetens hos personalen för att möjliggöra anpassning till nya uppgifter och tillvarata gjord erfarenhet. Han hävdar att grunden för ett professionellt arbete är att arbeta teoribaserat. Han hävdar att dagens organisationer behöver organisationsdidaktik. Den skall vara rationell. Han menar att för att vara rationell i förhållande till sitt kunnande och sin erfarenhet måste det finnas utrymme att reflektera inom organisationen. Han menar att reflektionen skall leda till att personalen ser sina arbetsuppgifter i ett nytt ljus. Han

introducerar ett verktyg eller en modell för att underlätta reflektion i lärande organisationer. Det i Dales modell för reflektion i kunskapsorganisationer som är av intresse för denna uppsats är hans tre kompetensnivåer. Vid en kompetenshöjande insats i Varbergs kommun under 18 månader från år 2001 till 2002 tolkades de så här till området missbrukarvård.

- *Kompetensnivå tre, en teoretisk nivå.* K-3 utgör en nivå eller area inom organisationen där teorier byggs upp och begrepp myntas. En nivå som är fruktbar för nytänkande, teoribildning, olika åsikter, tankar och perspektiv. En debattnivå där samsyn möjliggörs mellan enskilda medarbetare som har kompetens att medverka. K-3 avser personalgruppens förtrogenhet med teorier och begrepp. Att veta vilka begrepp som hör till vilka teoretiska perspektiv och vad de innehåller eller innebär, men inte nödvändigtvis förmågan eller viljan att arbeta utifrån dem. Kompetensen att sätta namn på fenomen inom missbrukarvården, bedöma teoriernas relevans utifrån egen erfarenhet på fältet och utveckla teorier.
- *Kompetensnivå två, en planeringsnivå.* K-2 avser personalgruppens förmåga att använda begrepp för att samtala, planera behandlingsinsatser, prioritera och sätta mål i behandlingsarbetet och lägga upp program för behandlingen. Kompetensen att kommunicera och sätta realistiska mål.
- *Kompetensnivå ett, en praktisk nivå.* K-1 är en utförandenivå som avser personalgruppens förmåga att förstå målen från K-2 och uppfylla dem i praktiskt arbete. Att veta vad det är som behandlas, med vilka medel och varför. Att veta vad personalen inte har kapacitet eller kompetens att behandla. Kompetensen i mötet mellan personalen och alkoholisten.

Dale hävdar att professionaliteten i organisationen bestäms av personalens förmåga att låta kunskap och erfarenheter flöda mellan dessa nivåer. Han hävdar att genom en uppnådd insikt på K-3 nivån kan personalen se K-2 och K-1 nivån i ett nytt ljus.

*Exempel: Beskrivning av begreppsbyggnaden i Varbergs kommun*

Getteröns Behandlingscenter drivs av Varbergs kommun. Personalgruppen fick i uppgift att hitta gemensam grund att stå på i sitt arbete med alkoholister. Det förekom i det närmaste lika många förklaringar till alkoholism som personerna var många i gruppen. Personalen presenterades för Dales modell för reflektion i lärande organisationer och de diskuterade teoribaserat professionellt arbetssätt. Personalgruppen kom fram till att de såg alkoholisten ur olika perspektiv (K-3) och att dessa olika perspektiv ledde till osämja i personalgruppen om prioriteringar (K-2) i det dagliga arbetet (K-1).

De var tämligen överens om att grunden för ett bra arbete var att veta vad det var som behandlades, med vilka medel och vilka resultat var att vänta av insatsen. Personalgruppen gick genom Lindströms perspektiv (se ovan) och de kände igen sig. En av sjuksköterskorna hävdade att dessa perspektiv hade avlöst varandra inne på verksamheten sedan hon började där 1992.

Personalgruppen sökte samsyn på kompetensnivå K-3 enligt Dales modell för reflektion. Den löpande punkten var inte oväntad huruvida alkoholism var en sjukdom eller ej. Där fanns det bestämda uppfattningar för och emot. Personalgruppen sökte då andra begrepp som de kunde lägga till grund för sitt arbete, undersökte vad personalen såg när de tittade på en alkoholist som inte var bedövad av droger. De undersökte en lista med de känslor som alkoholisterna visade eller uppgav sig ha på behandlingen. Personalgruppen övervägde frågan under hösten 2001 och kom fram till att alla var överens om att alkoholisten som kom till behandling led av en andlig smärta. De kom till en insikt på K-3 nivån och ett gemensamt begrepp föddes. Behandlarna i Varberg uppmärksammade patientens andliga nöd när han eller hon var utan sin drog. De uppmärksammade låga trösklar för vrede. De talade om låga trösklar för rädsla som visade sig i alkoholistens ångest. De diskuterade om det också fanns låga trösklar för skam och skuld känslor. Detta bekräftades ur brukarperspektiv vid undersökning av AA-boken. AA-folkets erfarenhet är att rättmätig vrede är lyx för dem som inte är alkoholist. AA-folket har vidare god erfarenhet av att söka rädslan bakom vreden och att inte låta sjukliga skamkänslor hindra det goda de kan bidra med i tillvaron.

Personalen började tala om andlig smärta som kunde ta sig uttryck i rädsla, vrede, skam och skuld. Denna andliga smärta skapade sug efter droger eller längtan efter annan lindring för själen. Längtan efter kärlek nämndes, längtan efter tröst talades det om och att det enda alkoholisten kände till som verksamt för att hitta kärlek och känna lättnad var drogen. Vår uppgift skulle vara att erbjuda behandling som lärde ut annan form av lättnad, en för alkoholisten ny form av lättnad och vila från det ständigt närvarande suget efter droger. Denna lättnad kunde uppnås genom övande av tolvstegsprogram tillsammans med andra i samma situation. Detta konstaterade personalen med hänvisning till gjord erfarenhet. Fler begrepp hade myntats i personalgruppen på K-3 nivån.

Personalgruppen upptäckte vidare att denna andliga smärta fanns i samma utsträckning hos narkomaner och tablettberoende. Detta utgjorde en gemensam syn och begreppsbyggnad som är allmän i personalgruppen i dag. De hade utvecklat en arbetshypotes på K-3 nivån. Personalen uppgav vid handledningstillfällena att mötet med patienter blev roligare och, inte minst, man kände sig säkrare i arbetsutövningen. En insikt på K-3 nivån hade lett till att de

såg K-2 och K-1 nivån i ett nytt ljus. Det uppstod ökad förståelse för behandlingsarbetet och, kanske roligast av allt, en del gammal behandlingsteknik diskuterades och kunde komma till användning på nytt. För att komma åt suget behövs, enligt personalens åsikt, ett alternativ till drogen att erbjuda patienten. Det behövs botemedel mot rädsla, vrede, skam och skuld. Berglund (2000) påpekade att alkoholberoende patienter uppvisar hög frekvens av ångest, depression och psykos, och att en stor del av dessa symptom går tillbaka då missbruket upphör bekräftades av personalen och stärkte personalen i sin syn att alkoholisten som kom till behandling led av andlig smärta. AA-boken beskriver övandet av de tolv stegen just som en andlig lösning för att slippa en andlig smärta. Inom tolvstegsbehandlingen talas det ofta skämtsamt om alkoholism som andlig bristsjukdom.

### *Diskussion*

Brukarperspektivet har varit fruktbart för denna undersökning. Begreppen alkoholist och alkoholism framträder i en ny dimension när de undersöks i brukarperspektiv. Det att alkoholists andliga smärta bekräftas av personalen på Getteröns Behandlingscenter som har arbetat länge med alkoholister, manar till eftertanke. Men just till eftertanke. Det test som gjordes i Varberg är behäftat med stor osäkerhet. Samsynen som uppstod runt den andliga smärtan och tolvstegsprogrammet, bekräftades öga mot öga med mig som handledare med uppdraget att skapa samsyn inför ett kunskapslyft. Denna samsyn bekräftades dock delvis i en utvärdering gjord av Eriksson (2002). Samsynen har också bekräftats fullt ut av enhetschefen M. Cårmenes (personlig kommunikation, 11 juni, 2003).

Statens beredning för medicinsk utvärdering (*Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, en evidensbaserad kunskapssammanställning*, 2001) rekommenderar hälso- och sjukvården att uppmärksamma alkoholvanor när de bedömer patienter som söker dem. En sådan intervention har visat sig ha effekt. En socialt anpassad människa som konsumerar alkohol regelbundet och börjar uppleva symptom på depression eller ångest kopplar dem inte automatiskt till sitt drickande. Det är inte självklart att koppla egen depression eller ångest till sina alkoholvanor. Det blir för långsökt om man har det synsätt som är vanligt inom socialtjänsten i stil med att alkoholist är en person i behov av social färdighetsträning eller egostärkande terapi. Den samordning av begrepp mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården som experterna inom Centrum för utvärdering av socialt arbete föreslår i *Behandling av alkoholproblem, en kunskapsöversikt* (Sundbärg, 2000) är välbehövlig. Beroendebegreppet ger oss en förklaring till missbruk som behöver spridas inte bara till socialtjänsten utan också till den breda allmänheten.

Det är viktigt för arbetsmiljön i socialtjänsten att få ett språk att arbeta med när det gäller missbrukarvården. Det är mycket slitsamt att arbeta i en miljö där det råder begreppsförvirring. I det planerade kunskapslyftet inom socialtjänsten är viktigt att ha med personalen och brukarna för att vägleda forskningen i sökande efter innehåll i de centrala begreppen. Det finns tecken på att en ny syn på alkoholismen håller på att växa fram, en syn som är mindre fördömande och därmed inte lika slitsam och motig att arbeta med. Om socialtjänsten allmänt tar till sig Socialstyrelsens rekommendation att få missbrukande människor diagnostiserade kan det uppstå tre olika kategorier där det bara finns en nu. Det är alkoholmissbrukare med riskbeteende avseende alkoholkonsumtion, det är alkoholmissbrukare som missbrukar alkohol och återkommande på fyllan hamnar i konflikt med sin omgivning och det är alkoholmissbrukare som är beroende och behöver kvalificerad behandling för sin beroendesjukdom. Det är då viktigt att uppmärksamma och på plats utvärdera de effektiva behandlingar mot beroende som finns och värna den kunskap och kompetens som har utvecklats i Sverige de senaste 15 – 20 åren på området effektivt beroendebehandling. Att med social metodik behandla alla som beteendestörda problemdrinkare har inte visat sig fruktbart.

Det enkla är således att föredra framför det mer invecklade. Min syn är följande: Omkring 20000 missbrukare finns i behandling om dagen för en kostnad av närmare 4 miljarder om året. De får olika behandlingar. Flera av dessa behandlingsmetoder har inte vetenskapligt dokumenterad effekt. Det finns en metod som är utvecklad av alkoholisterna själva, tolvstegsprogrammet, som har vetenskapligt dokumenterad effekt enligt *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, en evidensbaserad kunskapssammanställning* (2001). Tolvstegsbehandlingen som jag känner till har den effekten att alkoholists andliga illamående övas bort med tolvstegsprogram och genom det kommer missbrukaren åt suget efter droger. Detta är väl i överensstämmelse med den biologiska synen på alkoholism som en skada i överförande av nervimpulser. Skada i det system som producerar känslor. Denna förklaring är vägledande för mig i mitt sökande efter innebörd i begreppen alkoholist och alkoholism. Det skapar onödigt lidande i brukarperspektivet att krångla till begreppen. Det skapar enligt min erfarenhet också lidande hos dem som arbetar i denna miljö inom socialtjänsten. Det är också, i förbifarten sagt, samhällsekonomiskt oförsvarbart.

Fler frågor har infunnit sig. Har brukaren kommit på någon form av sjukgymnastik för nervsystemet som finns dokumenterad genom AA-rörelsens erfarenhet som den kommer till uttryck i AA-boken? Detta är intressant för vidare forskning. Det kan också vara intressant att

utforska tolvstegsbehandlingen i pedagogiskt perspektiv utifrån den lärform som Lave och Wenger (1991) anser sig ha upptäckt hos AA-rörelsen vilken nämndes inledningsvis. I min undersökning har jag upptäckt en kunskapsbrist avseende tolvstegsbehandling i den litteratur som jag har läst. Det är därför min förhoppning att denna uppsats kan öppna möjligheten till vetenskaplig dokumentation av tolvstegsbehandlingen i Sverige. En dokumentation som ser till metod och kompetenskrav och faktiskt utfört arbete på plats i Sverige på det behandlingshem som undersöks. Det måste vara av intresse för samhället och behandlingsforskningen. Det måste vara av intresse för de socialtjänster som står i beredskap att börja jobba evidensbaserat.

### SLUTSATSER

Det saknas en samsyn mellan hälso- och sjukvårdens perspektiv och socialtjänstens perspektiv om vad begreppen alkoholism och alkoholist står för. En av orsakerna till detta anses vara den gräns som går tvärs över den svenska missbrukarvården mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten med olika lagstiftningar, ansvarsområden, arbetssätt och kultur. Hälso- och sjukvården är ålagd att arbeta evidensbaserat. Där skiljer erkända diagnosinstrument mellan beteendet, missbruket, och det självständiga tillståndet eller sjukdomen, beroendet. Diagnosen ställs med det medicinska diagnosinstrumentet ICD 10, som används av Socialstyrelsen främst inom hälso- och sjukvården sedan 1995 (Berglund, 2000). Beroendebegreppet är ett erkänt självständigt sjukdomstillstånd inom sjukvården. Motsvarande arbetssätt finns inte inom socialtjänsten. I offentliga skrifter och inom socialtjänsten verkar missbrukare vara ett genomgående begrepp för att beteckna alkoholist. Det är vanligt att tala om alkoholism som alkoholmissbruk, att definiera utifrån beteende och inte som sjukdomstillstånd. Inom socialtjänsten förekommer ett antal olika förklaringsmodeller och personalen anlägger sedan gammalt olika synsätt på problematiken. Allt flera inom den sociala sektorn hävdar numera att det är beroendesjukdomen som i många fall leder till det avvikande beteendet. Det saknas dock samsyn inom socialtjänsten om vad begreppen alkoholism och alkoholist står för. Problemet med olika perspektiv på alkoholism inom socialtjänsten är uppmärksammat. Socialstyrelsen arbetar för ett enhetligt arbetssätt inom socialtjänstens missbrukarvård genom standardiserat utredningsinstrument, ASI. Ett vägledande brukarperspektiv kunde också utgöra en resurs i det arbetet. Den vägledning i riktning mot en samsyn i socialtjänsten som finns att få i regeringens policyprogram är däremot begränsad; den alkoholpolitiska deklARATIONEN använder olika begrepp för alkoholist, men talar om att insatser mot beroende är

viktiga. De behandlingsalternativ som används inom socialtjänsten tyder på olika synsätt på problemet alkoholism. Beroendebegreppet vinner förmodligen terräng genom de screening- och diagnosverktyg som används inom socialtjänsten och antagligen även genom uppnådda resultat av begreppet som verktyg i det praktiska arbetet. Experter som Centrum för utvärdering av socialt arbete anlitar (Bergmark och Oscarsson, 2000) verkar dåligt insatta i beroendebegreppet och den metodik som bygger på det och är oprecisa i sina beskrivningar. Alkoholisten själv verkar kunna uppleva sitt problem, märka när han behöver behandling och söka hjälp utan någon annan motivering än att vilja slippa lidandet.

Det verkar finnas en glidning inom socialtjänsten mot beroendebegreppet. Begreppsglidning som tar sig uttryck i att det begreppsliga innehållet glider från att missbrukare är en avvikande människa till att vara en människa som lider av en beroendesjukdom. Hos behandlarna i Varberg kommun har glidningen gått till att se alkoholisten som en människa som är hjälplöst fast i ett känslomässigt lidande som hon lindrar med alkohol. Viss nyansering märks också i det allmänna språkbruket som framgår av jämförelsen från uppslagsverk. Det finns företrädare för socialtjänstens perspektiv som verkar stå emot beroendebegreppet eller vara dåligt insatta i beroendebegreppet och den metodik som bygger på det och oprecisa i sina beskrivningar. Detta tolkar jag som en kunskapslucka i kunskapsöversikten från Centrum för utveckling av socialt arbete (Sundbärg, 2000).

Alkoholisten själv är självklart en viktig del av svensk missbrukarvård. Alkoholists upplevelser bör beaktas vid begreppsbyggnad. Ett vägledande brukarperspektiv kan utgöra en resurs för ökad förståelse på fältet. Det är ovärderligt att kunna hämta kunskap från alkoholister som lyckats hitta och behålla sin nykterhet som fallet är med dem som berättar om sina erfarenheter i AA-boken. Det finns två stora alkoholistsammanslutningar i Sverige som bygger på medlemmarnas gemenskap. De har samvaron och gemenskapen med andra nyktra alkoholister i fokus. Det är AA och Länkarna. Länkarna bildades i Stockholm 1945. De kände sig inte riktigt väl till pass inom frikyrkorna och IOGT (Sällqvist, 1960). De upplevde att de behövde en egen förening. De protesterade emot att alkoholism var ett moralistiskt förfall och hävdade att alkoholism var en sjukdom. Ett brukarperspektiv kan fylla ut kunskapsluckor, bekräfta vetenskapliga fynd och leda oss närmare förståelse av vad alkoholism är. Det kan hjälpa oss att nyansera begreppen och skilja mellan beteendet missbruk och sjukdomen beroende. Det finns tecken på att synen på alkoholism håller på att ändras. Alkoholisten framstår allt mindre som en människa som beter sig fel och allt mer som människa som skadat sitt nervsystem med droger och att det i sin tur har lett till felaktigt beteende och psykologisk eller psykiatrisk smärta.



Hur begreppsbildningen går till på fältet socialtjänstens missbruksvård är en fråga. Hur det är att arbeta i en organisation med så oklara begrepp är en annan fråga för arbetslivspedagogen. En oförmåga att klart definiera ett problem gör det svårt att bearbeta det inom stora organisationer. Att så är fallet inom socialtjänstens missbruksvård är uppenbart. Det finns en oförmåga inom socialtjänsten att ta till sig vetenskapliga undersökningar. En möjlig förklaring är att personalen inte känner igen sin arbetssituation i den forskning som görs på området.

Det råder en konstaterad brist på kunskap inom socialtjänsten och ett stort kunskapslyft planeras av regeringen. Ett kunskapsbehov är konstaterat inom socialtjänsten på området missbrukarbehandling. Det finns ett uttalat behov av att knyta ihop verksamheterna och forskningen. Detta i förening med att det inte råder samsyn om innebörden i begreppen alkoholist och alkoholism inom socialtjänsten gör socialtjänstens alkoholistbehandling intressant som arbetslivspedagogiskt projekt.

Det visar sig under ett försök innan socialtjänsten i Varberg kommun att arbetslivspedagogen hade något att tillföra. Med hjälp av ett verktyg för reflektion i lärande organisationer kom personalen på Getteröns Behandlingscenter till samsyn på en teoretisk nivå genom att jämföra egen erfarenhet av behandlingsarbete, missbrukarvårdens många perspektiv och ett brukarperspektiv. Genom en insikt på K-3 nivån såg de K-2 och K-1 nivån i ett nytt ljus.

Jag drar följande slutsatser av undersökningen: I den svenska missbrukarvården finns det inte samsyn om vad alkoholist och alkoholism är och att arbetslivspedagogen är ett redskap som kan användas för att förbättra samsynen inom missbrukarvården som i sin tur leder till mer funktionell behandling.

## LITTERATUR

- Alcoholics Anonymous*. (1976/1939). (3<sup>rd</sup>. Ed. 1976 ). New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc.
- Anonyma Alkoholister*. (1986). (AA, översättare). Stockholm: AA-Förlaget (Original arbete *Alcoholics Anonymous*, publicerat 1939, 3: e uppl. 1976). (Endast i distribution genom AA-förlaget, box 16387, 103 27 Stockholm).
- Andréasson, S., Öjehagen, A. & Berglund, M. (2002). Visst blir man klokare. *Alkohol och narkotika*, 1, 31-31.
- ASI en strukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol och narkotikarelaterade problem*. (1999). (CUS-skrift 1999:2, Artikelnummer 1999-09-002). Stockholm: Centrum för utveckling av socialt arbete.
- Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, en evidensbaserad kunskapssammanställning*. (2001). (Rapport nr. 156/I-II). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering
- Behandlingen af alkohol- og stofmissbrukare efter minnesotamodellen på Heilbrigdið, en statistisk översikt for 4 års perioden 1985-88*. (1988). Valbastad, Färöarna: Heilbrigðið.
- Bendtsen, P. (2002). Sekundärprevention i hälso- och sjukvården. I S. Andréasson, (Red.) *Den svenska supen i det nya Europa, Nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt*. (Rapport nr. 2002:11). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut och Förlagshuset Gothia.
- Berglund, M. (2000). Diagnostik av alkoholproblem. I B. Sundbärg (Red.), *Behandling av alkoholproblem, En kunskapsöversikt* (s. 90-91). Stockholm: Centrum för utveckling av socialt arbete och Liber förlag AB.
- Bergmark, A. (2001). Evidensbaserad kunskap? *Tidskriften Alkohol och narkotika*, 5, 28-32.
- Bergmark, Å. & Lindström, T. (1998). Metoder i socialt arbete. *Social Vetenskaplig Tidskrift*, 4, 291-314.
- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (2000). Några behandlingsperspektiv och metoder inom alkoholvården. I B. Sundbärg (Red.), *Behandling av alkoholproblem, En kunskapsöversikt* (s. 90-91). Stockholm: Centrum för utveckling av socialt arbete och Liber förlag AB.
- Carlsson A. & Carlsson L. (1988). *Forskningens frontlinjer, Hjärnans budbärare*. Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Dale, E. L. (1999). *Utdanning med pedagogisk profesjonalitet*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

- Danemark, B. och Kullberg, C. (1999). *Samverkan välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekholm, H., Jonsson, T. och Sidebäck, G. (1999). *Öppet intag - En väg till drogfrihet? - Beskrivning av klienter vid Vårnäs behandlingshem, arbetsrapport*. (Rapport 1, nr. 18, skriftserie B). Eskilstuna: Centrum för välfärdsvetenskap, Mälardalens Högskola.
- En samlad politik för folkhälsa: Att förebygga alkoholskador* (2001). (Artikelnummer S 2001. 032) Stockholm: Socialdepartementet, Enheten för folkhälsa.
- Eriksson, A. (2002). *Utvärdering av vård och behandlingskedjan, stegvis – Steg 1*. (PM-Serien nr. 2002:8). Halmstad: Kommunförbundet Halland.
- Förteckning över hem för vård eller boende & familjevårdsenheter 2000*. (2000). Strängnäs: KatalogData.
- Gerdner, A. (1998). Compulsory Treatment for Alcohol Use Disorders. *Clinical and Methodological Studies of Treatment Outcome*. Malmö: Lund University, Departement of Clinical Alcohol Research.
- Giertz, A (1988). *De sextio första patienterna på Solliden. En uppföljning efter två år*. Malmö: Malmö socialförvaltning. (stencil).
- Helmersson Bergmark, K. (1995). *Anonyma Alkoholister i Sverige*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International
- Holmberg, R. (Red.). (2002). *Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården den 2 april 2001*. (Rapport: IKB 2001, Artikelnr: 2002-125-13). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Kommunernas bokslut år 2001*. (2002). Örebro: Statistiska centralbyrån.
- Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated learning - Legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Leifman, H. (2002). Konsumtionsvanor och alkoholproblem. I S. Andréasson, (Red.) *Den svenska supen i det nya Europa, Nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt*. (Rapport nr. 2002:11). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut och Förlagshuset Gothia.
- Lindström, L. (1986). *Val av behandling för alkoholism*. Malmö: Liber Förlag.
- Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador*. (2001). Faktblad nr. 13, december 2001. Stockholm: Socialdepartementet.
- Norstedts uppslagsbok, illustrerad encyklopedi i ett band*. (1985). (8:e uppl.). Stockholm: PA Norstedt & söners förlag.
- Norstedts stora svenska ordbok* (1996). Stockholm: PA Norstedt & söners förlag.

- Oscarsson, L. (2000). *Den socialtjänstbaserade missbrukarvården under 1990-talet förutsättningar, utveckling och behov.* (SOU 2 000:38, 2 kap.). Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- Sundbärg, B. (Red.). (2000). *Behandling av alkoholproblem, en kunskapsöversikt.* Stockholm: Centrum för utveckling av socialt arbete och Liber förlag AB.
- Sällqvist, Axel (1960) *Så bildades Sällskapen Länkarna, ett nytryck ur medlemstidningen "Vi Länkar" nr 3 1960.* Stockholm: Sällskapen Länkarnas Riksförbund.
- Tannefors, J. (2003, 27 februari). Verkets verkliga 17 hjältar. *Tidningen Tunnplåten*, 2, 6-7
- Tendens (2003, 4. april) [Radioprogram]. Stockholm: Sveriges Radio P1.
- Tydén, T., Josefsson, C. & Messing, J. (2000). *Socialsekreterare och kunskapsbildning.* Stockholm: Socialstyrelsens kundtjänst.
- Ågren, G. (2002). Inledning. I S. Andréasson, (Red.) *Den svenska supen i det nya Europa, Nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt.* (Rapport nr. 2002:11, Statens folkhälsoinstitut). Stockholm: Förlagshuset Gothia.