

”Missbrukarvården är inte tillräcklig, den måste kompletteras med socialt arbete”

En kvalitativ enkätundersökning om socialarbetarens roll i missbrukarvårdskontexten i Österbottens välfärdsområde

Ida Holm

Magisteravhandling i socialpolitik

Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier

Handledare: Marja Lindberg

Åbo Akademi i Vasa

Våren 2022

Abstrakt

Ämne: Socialpolitik, FPV, Åbo Akademi	Årtal: 2022
Författare: Ida Holm	Sidantal: 56 (69)
Arbetets titel: "Missbrukarvården är inte tillräcklig, den måste kompletteras med socialt arbete": En kvalitativ enkätundersökning om socialarbetarens roll i missbrukarvårdskontexten i Österbottens välfärdsområde	
Handledare: Marja Lindberg	
Referat	
<p>Syftet med avhandlingen är att redogöra för det sociala arbetets roll inom ramen för missbrukarvård samt att undersöka hur social- och hälsovårdsreformen under Sanna Marins regeringsperiod inverkar på tjänsterna. Missbrukarvården är en institution som tangerar såväl hälso- och sjukvård som socialt arbete. Problematiken inom missbrukarvården delas ofta in i fysisk, psykisk och social problematik. Det mångprofessionella arbetssättet är en nödvändighet inom missbrukarvården för att tillräckliga och ändamålsenliga tjänster ska kunna erbjudas åt klienter oavsett livssituation, behov och problematik.</p> <p>Som teoretisk utgångspunkt har jag valt att lyfta fram fyra teoretiska helheter: missbrukarvården som en del av det sociala trygghetssystemet i Finland, det mångprofessionella arbetssättet och hur detta utvecklats samt socialt arbete och dess samhällsrelaterade funktion. Slutligen lyfts den aktuella social- och hälsovårdsreformen upp samt införandet av välfärdsområden i Finland.</p> <p>För att uppnå avhandlingens syfte har följande forskningsfrågor valts ut och fungerat som utgångspunkter för avhandlingens empiriska del: 1) Hur kan en socialarbetare genom sin sakkunskap hjälpa klienter med missbruk? 2) Hur fungerar det mångprofessionella samarbetet med missbrukarvården ur socialarbetarens synvinkel? 3) Hur kan social- och hälsovårdsreformen förändra tjänsterna inom och samarbetet med missbrukarvården ur socialarbetarens synvinkel? Avhandlingens empiriska del består av en kvalitativ enkätundersökning som riktar sig till socialarbetare i Österbottens välfärdsområde. Respondenternas svar analyseras genom kvalitativ innehållsanalys.</p> <p>Resultaten påvisar att det sociala arbetet kompletterar tjänsterna som erbjuds inom missbrukarvården och att klienter med missbruk gynnas av socialt arbete. Socialarbetarna i studien lyfter fram att det finns olika typer av stöd att erbjuda klienter med missbruk men det är viktigt att klienterna är villiga att åtgärda missbruksproblemet i första hand. Respondenterna har tudelade upplevelser av samarbetet med missbrukarvården, men majoriteten upplever att det fungerar bra. Respondenterna lyfter fram brister i kommunikation och uppskattning av andras arbete och påpekar att arbetet kunde göras smidigare. Förväntningarna på social- och hälsovårdsreformen är positiva och respondenterna hoppas på att denna kan medföra förbättringar för det sociala arbetet inom ramen för missbrukarvård.</p>	
Nyckelord: socialt arbete, missbrukarvård, mångprofessionalism, Österbottens välfärdsområde, social work, substance abuse care, multiprofessional, sosiaalityö, päihdehuolto, moniammatillisuus, SOTE	

Innehåll

1. Inledning.....	1
1.1. Syfte och frågeställningar.....	3
1.2. Disposition	3
2. Teoretisk referensram.....	5
2.1. Missbrukarvården i Finland	5
2.1.1. Missbrukspolitiken i Finland	6
2.1.2. Missbrukarvårdens utveckling och struktur i Finland	7
2.1.3. Klientarbete inom missbrukarvården i Finland.....	9
2.2. Mångprofessionalism	13
2.2.1. Begreppet mångprofessionalism	13
2.2.2. Grunden till mångprofessionalism ur en institutionell teoris synvinkel	14
2.2.3. Mångprofessionalism inom missbrukarvården	16
2.3. Socialt arbete	19
2.3.1. Den teoretiska grunden till socialt arbete.....	20
2.3.2. Socialt arbete i Finland	22
2.3.3. Behov av socialt arbete hos klienter med missbruk.....	24
2.4. Social- och hälsovårdsreformen	28
2.4.1. Framtidens social- och hälsocentral.....	29
2.4.2. Österbottens välfärdsområde	32

3. Metod och material.....	34
3.1. Val av metod	34
3.1.1. Insamlingsmetod	34
3.1.2. Analyismetod	37
3.2. Genomförandet av undersökningen	38
3.3. Analys av materialet.....	40
3.4. Reliabilitet och validitet	41
3.5. Forskningsetiska aspekter	43
4. Resultat.....	44
4.1. Socialt arbete för klienter med missbruk.....	44
4.2. Mångprofessionellt arbete inom missbrukarvården ur socialarbetarens synvinkel	48
4.3. Social- och hälsovårdsreformens inverkan på tjänsterna inom ramen för socialt arbete och missbrukarvård	50
5. Diskussion	53
5.1. Resultatdiskussion.....	53
5.2. Metoddiskussion.....	55
5.3. Avslutande diskussion och förslag till fortsatt forskning.....	56
Litteratur.....	57

Bilagor

Bilaga 1: Enkätfrågor till den empiriska undersökningen för magisteravhandlingen. (Google forms)

1. Inledning

I denna magisteravhandling diskuteras och analyseras socialarbetarens roll i det mångprofessionella nätverket inom missbrukarvården i Finland. Missbrukarvården är enligt Institutet för hälsa och välfärd (u.å.) en institution som tidigare funnits på kommunal nivå. På grund av social- och hälsovårdsreformen under Sanna Marins regeringsperiod (2019) flyttades däremot tjänsterna över till välfärdsområdet. Syftet med missbrukarvården är enligt Institutet för hälsa och välfärd (u.å.) att vårda och rehabilitera personer med olika former av missbruk. Missbrukarvården består av öppenvårdstjänster och specialvårdstjänster. Tjänsterna inom missbrukarvårdens styrs och kontrolleras genom lagen om missbrukarvård (41/1986).

Samposalo et al. (2018) påpekar att det inom missbrukarvården vanligen krävs ett tätt samarbete mellan olika professioner för att kunna erbjuda en högkvalitativ vård åt klienterna. Detta kallas *mångprofessionellt samarbete*. Till teamet hör exempelvis läkare, sjukvårdare, psykolog, terapeut och socialarbetare. Teamstrukturen varierar utifrån situationen, klientens behov och missbrukarvårdsenhetens resurser. Trots att riktlinjer och målsättningar inom missbrukarvården är nationella finns det regionala skillnader i vårdens utformning i Finland.

Missbruk kan leda till många olika typer av problem, som exempelvis enligt Saarnio, Kuusisto och Artkoski (2015) kan delas in i fysisk, psykisk och social problematik. Den fysiska problematiken, det vill säga missbrukets fysiska konsekvenser, kan ta sig uttryck i abstinensbesvär och försämrad fysisk hälsa. Missbruk har ofta också psykiska konsekvenser, eftersom missbruket är en stor del av många vardag. Droganvändning kan dessutom bidra till psykiska sjukdomar, såsom ångeststörningar och schizofreni. Social problematik sammankopplas med klienternas sociala nätverk, sysselsättning och delaktighet i samhället.

Missbruket kan med andra ord rubba personens liv på många olika plan. I avhandlingen är den sociala problematiken i fokus och det är denna del som man kan hjälpa till med inom ramen för socialt arbete. I avhandlingen ligger fokus främst på vad socialarbetaren kan göra, men även andra professionella inom ramen för socialt arbete kan stödja och hjälpa en klient med missbruk.

Social problematik som ofta hör ihop med missbruk är enligt Tiensuu (2014) arbetslöshet, social exkludering, ekonomiska svårigheter och vräkning. När missbruket blir en del av personens vardag drivs personen bort från vardagliga företeelser såsom familj, arbete och social gemenskap. Detta innebär att klienten kan behöva professionell hjälp under rehabiliteringstiden för att kunna bygga upp dessa viktiga aspekter igen. Den sociala

rehabiliteringen är därför en viktig del i återhämtningsprocessen och ett viktigt stöd för att återgå till en vardag utan missbruk.

För att få en heltäckande bild av missbrukarvårdsmodellen i Finland tar jag i denna avhandling upp följande aspekter: lagstiftning, tidigare forskning, projekt och riktlinjer för missbrukarvården och mångprofessionalismen inom området. Bland annat i det nuvarande regeringsprogrammet (Marin, 2019) lyfter man fram vikten av en välutvecklad missbrukarvård för att främja välmående och minska missbruk som samhällligt problem. Missbruk är ett omfattande samhällligt problem och missbrukarvården är därför en viktig del i det sociala trygghetssystemet i Finland. Trycket på missbrukarvården är stort och det är ytterst viktigt att kunna erbjuda effektiva tjänster som motsvarar klienternas behov samt att möjliggöra ingripande i ett tidigt skede. Missbrukarvården kopplas sedan ihop med det sociala arbetet och behovet av det sociala arbetets sakkunskap inom missbrukarvård. I avhandlingen behandlas också den aktuella vård- och landskapsreformen 2022–2023 då denna bidrar till förändringar inom såväl missbrukarvården som det sociala arbetet. Framöver benämns denna som social- och hälsovårdsreformen.

I media har rusmedelsanvändningen uppmärksammats, speciellt hos unga, vilket är en bidragande faktor till att kunskap om missbruk och metoder för att minska på rusmedelsanvändning och beroendeproblematik är aktuellt. Hos äldre är det vanligare att ty sig till alkohol i berusningssyfte men hos unga blir användning av droger, såsom cannabis och amfetamin, allt vanligare under 2000-talet. Det har också blivit vanligare att blanda olika rusmedel. I artikeln *Varje år är det allt yngre personer som använder rusmedel, polisen får anmälningar om 11–12 åringar som använder droger* [!] (Svenska Yle, 27 maj, 2020) lyfts förändringar i rusmedelsanvändningen bland unga upp. Enligt Svenska Yles artikel varierar användningen mycket bland unga. Antalet personer som inte alls använder rusmedel har minskat, men de som däremot använder rusmedel använder dessa i högre grad än tidigare. Hos äldre studerande i högskoleåldern märker man att drogtrenden blir allt vanligare och det blir lättare att få tag på andra rusmedel utöver alkohol. Enligt Svenska Yles artikel *Droganvändning smyger in i studiekretsarna i Vasa: "Allt fler studerande är öppna för att använda droger"* (Svenska Yle, 3 maj, 2019) har unga en alltmer positiv inställning till användning av droger. Alkoholkonsumtionen har enligt Svenska Yle hållits på samma nivå som tidigare medan användning av andra rusmedel, såsom cannabis, amfetamin och läkemedel, har ökat kraftigt under 2000-talet. Trots att många använder rusmedel så pass sällan att de inte utvecklar ett beroende är det viktigt att missbrukarvården finns att ta till om användningen utvecklas till ett beroende.

1.1. Syfte och frågeställningar

Syftet med avhandlingen är att redogöra för och öka förståelsen för missbrukarvårdens struktur och mångprofessionella arbetsmodell, främst ur socialarbetarens synvinkel. Socialarbetaren har ofta en betydande roll i missbrukarvårdens rehabiliteringsprocesser, men ofta är det inte så självklart vad socialarbetaren ansvarar för i praktiken. Det förekommer olikheter i arbetsmodellerna och servicekedjorna kan upplevas som diffusa eller ostrukturerade. Många gånger är det socialarbetaren som har den bästa helhetsbilden av en klients situation då hen har insikt i både vården av klienten och hans sociala liv. Den sociala inkluderingen, ekonomiskt stöd och boende är ofta betydande delar som missbrukaren behöver hjälp och stöd med i rehabiliteringsprocessen och det är främst socialarbetaren som ansvarar för dessa områden. Eftersom social- och hälsovårdsreformen är i inledningsskedet vid skrivandets stund, behandlas även denna. Reformen inverkar såväl på tjänsterna inom socialt arbete som missbrukarvården och därför har jag valt att inkludera denna. För att besvara syftet med denna avhandling har jag valt ut följande frågeställningar:

1. Hur kan en socialarbetare genom sin sakkunskap hjälpa klienter med missbruk?
2. Hur fungerar det mångprofessionella samarbetet med missbrukarvården ur socialarbetarens synvinkel?
3. Hur kan social- och hälsovårdsreformen förändra tjänsterna inom och samarbetet med missbrukarvården ur socialarbetarens synvinkel?

I avhandlingens empiriska del undersöks syftet genom en kvalitativ enkätundersökning som besvarats av socialarbetare i Österbottens välfärdsområde. Svaren analyseras med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

1.2. Disposition

Avhandlingen inleds med den teoretiska referensramen, som är uppdelad i fyra delar och behandlar teori inom fyra olika delområden: missbrukarvård, mångprofessionalism, socialt arbete och social- och hälsovårdsreformen. I första delen diskuteras missbrukarvården i Finland där politik, styrdokument och arbetsmodeller lyfts fram. I den andra delen tas mångprofessionalismen upp och där redogörs för fenomenets uppkomst och utveckling för samt dess förekomst inom missbrukarvården och social- och hälsovården. I den tredje delen tas det

sociala arbetet upp där socialarbetarens roll och arbetsmodeller lyfts fram, vilket sedan knyts an till missbrukarvården och hur det sociala arbetet förverkligas i den kontexten. I den sista delen diskuteras den aktuella social- och hälsovårdsreformen under Marins regeringsperiod (2019–) och vilka eventuella förändringar den medför för social- och hälsovården, mer specifikt för missbrukarvården och det sociala arbetet. Detta med fokus på Österbottens välfärdsområde.

Därefter följer metodkapitlet där valet av metod för materialinsamlingen och analysen av materialet diskuteras. I metodkapitlet presenteras också genomförandet av den empiriska studien, analysen av materialet samt studiens kvalitetsaspekter och forskningsetiska aspekter. Efter metodkapitlet följer resultatpresentationen och i det sista kapitlet förs en sammanfattande diskussion om avhandlingen och de slutsatser empirin resulterat i. Slutligen lyfts förslag till fortsatt forskning om ämnet upp.

2. Teoretisk referensram

I detta kapitel presenteras den teoretiska referensramen som är uppdelad i fyra teoretiska helheter. Först presenteras arenan för missbrukarvård samt hur drogpolitiken och missbrukarvården utvecklats och ser ut i Finland. Därefter diskuteras mångprofessionalismen som arbetsmodell inom social- och hälsovården, med betoning på missbrukarvård och socialt arbete. Sedan lyfts socialt arbete upp som profession och det knyts an till den mångprofessionella missbrukarvården. Slutligen diskuteras social- och hälsovårdsreformen samt överföringen av social- och hälsovårdstjänsterna till välfärdsområdet.

2.1. Missbrukarvården i Finland

I detta kapitel diskuteras missbrukarvården som samhällelig institution och betydande hörnsten i det sociala trygghetssystemet. Först diskuteras missbrukspolitiken i Finland, det vill säga vilka styrdokument som finns och hur man arbetar för att utveckla vården inom området. Sedan presenteras missbrukarvården och, kortfattat, hur den har utvecklats till ett mångprofessionellt tjänsteområde. Därefter följer en inblick i hurdan problematik det finns inom missbrukarvården och hos missbrukarvårdsklienterna. Slutligen diskuteras metoder och arbetsmodeller som används inom missbrukarvården.

Enligt Samposalo et al. (2018) och Storbjörk (2012) definieras *missbruk* som användning av rusmedel, till exempel alkohol och droger, i sådan mån att det kan ses som problematiskt. Enligt Storbjörk (2012) används begreppet såväl i medicinska som i juridiska sammanhang. Saarnio et al. (2015) och Sandström (2020) påpekar att den mest använda drogen i Finland är alkohol och därefter följer lugnande läkemedel, cannabis och amfetamin. Kananoja, Lähteinen och Marjamäki (2011) lyfter fram att missbrukare ibland använder sig av flera olika rusmedel samtidigt, vilket kallas blandmissbruk. Det finns även andra typer av missbruk än alkohol och droger. På Droglänkens hemsida (u.å) listas exempelvis följande typer av missbruk upp: spelmissbruk, sexmissbruk, internetmissbruk och shoppingmissbruk. Med andra ord finns det många olika typer av missbruk, som kräver olika typer av åtgärder inom ramen för missbrukarvård. I avhandlingen fokuserar jag främst på alkohol- och drogmissbruk eftersom dessa är de vanligaste formerna av missbruk.

2.1.1. Missbrukspolitiken i Finland

Finlands alkoholpolitik och den samhälleliga bilden av alkoholanvändning har genomgått många olika faser. Enligt Johansson (2009) omfattas alkoholpolitiken i Finland av några distinkta vändpunkter, såsom förbudstiden 1919–1932 och olika strategier för att möjliggöra måttligt drickande men förhindra alkoholmissbruk. Efter förbudstiden grundades alkoholmonopolet Alko, vars syfte är att kontrollera alkoholkonsumtionen i landet. Därefter liberaliserades alkohollagstiftningen fram till Finlands inträdande i EU 1995, då alkoholpolitiken skulle anpassas enligt EU:s riktlinjer för alkoholförsäljning och alkoholkonsumtion. Idag styrs alkoholpolitiken genom alkohollagen (1102/2017), vars syfte är att begränsa och övervaka alkoholanvändningen och försäljningen av alkohol i landet.

Användningen av andra droger utöver alkoholen styrs av narkotikalagen (373/2008) och Social- och hälsovårdsministeriet samt Institutet för hälsa och välfärd arbetar aktivt för att förebygga rusmedelsanvändningen. Tammi (2015) lyfter fram att det idag är totalförbud på användning och försäljning av droger i Finland. Däremot förs diskussioner kring en liberalare politik gällande droger på många håll. Även i Finland diskuteras detta men drogliberalisterna har inte ännu fått tillräckligt stöd för att debatten ska föras vidare.

Enligt Karlsson, Paaso och Hakkarainen (2012) har alkoholkonsumtionen fortsättningsvis hållits på en hög nivå de senaste decennierna trots att tillgången till alkohol begränsats genom försäljningstillgänglighet och höga priser. Statistiken visar att konsumtionen i Finland är den högsta i Norden och Finland toppar även statistiken i hela Europa. Detta tydliggörs i *Statistisk årsbok om alkohol och narkotika 2021* (Institutet för hälsa och välfärd, 2022) där finländarnas alkohol- och droganvändning kartlagts sedan 1960-talet. För att beräkna alkoholanvändningen per invånare har man använt sig av totalkonsumtion, vilket innebär att man omvandlat statistiken så att alkoholhalten beräknats till 100 % alkohol per invånare. Enligt statistiken i årsboken var totalkonsumtionen 9,2 liter per invånare över 15 år 2020. Totalkonsumtionen av alkohol har ökat sedan 1960-talet fram till 2011 då den var 12,1 liter per invånare. Därefter har alkoholkonsumtionen sjunkit fram tills 2021 då statistiken i årsboken publicerades.

I det nuvarande regeringsprogrammet av Sanna Marins regering (2019) framkommer det att en målsättning under regeringsperioden är att förebygga missbruksproblematiken i samhället för att främja hälsa och välfärd. Denna målsättning ska uppnås genom att uppdatera den nuvarande rusmedelsstrategin och skapa ett principbeslut om drogpolitiken. Målsättningarna är att samordna missbrukartjänsterna och samtidigt effektivisera dem. Detta

ska uppnås genom att skapa mer tillgängliga och ändamålsenliga tjänster utgående från problematiken och klienternas situationer som kan vara mycket varierande. Målsättningen med dessa åtgärder är, förutom att förbättra vården, också att minska alkoholkonsumtionen och tobaksrökningen, minska skador orsakade av drogmissbruk samt förebygga spelproblem i samhället.

Ett övergripande styrdokument inom området är lagen om missbrukarvård (41/1986). Målsättningen med missbrukarvård är, i enlighet med 1 §, kap. 1 i lagen om missbrukarvård följande: ”Missbrukarvården har som mål att förebygga och minska missbruket av rusmedel även som därmed förknippade sociala olägenheter och men för hälsan samt att främja missbrukarens och honom närstående personers funktionsförmåga och säkerhet.” I missbrukarvårdslagen finns riktlinjer för god praxis inom missbrukarvården och hur man ska samordna vården med andra myndigheter och parter om så behövs. Eftersom hälso- och sjukvården också omfattar missbrukarvård tryggas även denna i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010). I enlighet med 28 §, kap. 3, ska alkohol- och drogarbete ordnas och man ska främja rusmedelsfrihet hos invånarna. Detta förverkligas genom att exempelvis ordna handledning och rådgivning om missbruk samt möjliggöra undersökningar, vård och rehabilitering inom ramen för hälso- och sjukvården i missbruksrelaterade ärenden.

2.1.2. Missbrukarvårdens utveckling och struktur i Finland

Saarnio et al. (2015) och Samposalo et al. (2018) påpekar att missbrukarvården är ett relativt outforskat område, speciellt i Finland. Detta trots att det är en betydande del i det socialpolitiska systemet. Stenius (2009) anser att missbruk är ett omfattande samhällsligt problem som belastar vården. Hon lyfter också fram att missbruk bidrar till negativa konsekvenser både för individen och själv och för samhället. Alla personer som är permanent bosatta i Finland och har rätt till offentlig social- och hälsovård också är berättigade till missbrukarvård, vilket exempelvis framkommer på Institutet för hälsa och välfärds hemsida (2020). Om man inte är permanent bosatt i Finland kan man trots det söka hjälp inom den privata och tredje sektorn.

Enligt Kuusisto och Ranta (2020) och Rosenqvist och Stenius (2014) började missbrukarvårdssystemet i Finland utvecklas i mitten av 1900-talet och då fokuserade man främst på psykosocialt stöd och socialt arbete för klienter med missbruk. Emellertid har vården medikaliserats alltmer och gradvis flyttats till området för hälso- och sjukvård, inom vilket man ännu har huvudansvaret för ordnandet av missbrukartjänster. Rosenqvist och Stenius (2014) har jämfört två tidsperioder för att se hur missbrukarvården ändrats. Under sent 1960-tal och tidigt

1970-tal fokuserade man på socialt och psykosocialt stöd för att hjälpa personer med missbruk. Fokuset på medicinen är nästintill obefintlig under denna tid. Under sent 1990-tal och tidigt 2000-tal har däremot fokuset på medicinen inom missbrukarvården blivit starkare. Vården har övergått från att vara psykosocialt betonad till att främst handla om medicinska åtgärder, såsom substitutionsvård och avvänjningsvård. Även Heilig (2019) lyfter fram att missbrukarvården gått från att vara en icke-medicinsk institution mot en institution där hälsovården och medicinen fått en allt större betydelse. Det psykosociala stödet utgör trots det ett betydande stöd i vårdprocessen jämsides med den medicinska vården.

Enligt Institutet för hälsa och välfärd (2020) omfattar missbrukarvården både öppenvård och avdelningsvård, där syftet är att ge vård- och rehabiliteringstjänster till personer med missbrukarproblematik, såsom drog- eller alkoholmissbruk. Raitakari och Saarnio (2008) lyfter fram att största delen av missbrukarna använder sig av öppenvårdstjänsterna och om så krävs ordnas vården i form av kortvarig abstinensvård eller avdelningsvård för att så fort som möjligt flytta över klienten till öppenvården igen. Enligt lagen om missbrukarvård (41/1986) var det tidigare kommunernas ansvar att anordna tillräckliga missbrukarvårdstjänster, men precis som övriga social- och hälsovårdstjänster övergår även missbrukarvårdstjänsterna till välfärdsområdet (se exempelvis Österbottens välfärdsområdes hemsida, 2022).

Enligt Storbjörk (2012) och Institutet för hälsa och välfärd (2020) menar man med *missbrukarvårdsklient* en person som är klient inom missbrukarvården, alltså någon som får hjälp och stöd av missbrukarvården. Klient blir man genom att söka sig till en vårdinstans, endera direkt till den närmsta missbrukarvårdsenheten, via arbets- eller skolhälsovården eller den egna hälsovårdscentralen. Enligt lagen om missbrukarvård (41/1986) och Social- och hälsovårdsministeriets hemsida (u.å.) bygger klientskapet till stor del på frivillighet, men man kan även vårdas mot sin vilja om de frivilliga tjänsterna anses vara otillräckliga och personen är en fara för sig själv eller någon annan i omgivningen. Tvångsvård är däremot något som sällan tillämpas eftersom de frivilliga tjänsterna föredras.

Det förebyggande rusmedelsarbetet har stor betydelse för minskad alkohol- och droganvändning. Genom förebyggande arbete försöker man undvika att missbrukarvården överbelastas och att missbruk blir en allt för dyr börda i landet. Lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet (523/2015) infördes 2015 och har sedan dess utgjort en betydande förändring för det förebyggande arbetet inom missbrukarvården. I samband med att lagen infördes publicerade även Institutet för hälsa och välfärd en handlingsplan för alkohol-, tobak-, drog- och penningsspelprevention (THL, 2018). I handlingsplanen lyfts olika möjligheter fram för det förebyggande arbetet i kommuner och regioner för tiden 2015–2025.

Enligt data i *Statistisk årsbok om alkohol och narkotika 2021* (Institutet för hälsa och välfärd, 2022) sökte 55 % av missbrukarvårdsklienterna vård primärt för alkoholanvändning, medan 45 % sökte vård på grund av droger, läkemedel eller blandmissbruk. Enligt statistiken i årsboken från 2019 (Institutet för hälsa och välfärd, 2020) var motsvarande siffror 60 % och 40%. Det finns alltså en tydlig ökning av användningen av andra droger utöver alkohol bland missbrukarvårdsklienterna. Enligt datasammanställningen ser man även att det blir allt vanligare att söka vård för droger, läkemedel och blandmissbruk i yngre åldrar. Exempelvis sökte 87 % av missbrukarvårdsklienterna i åldern 20–24 vård för detta jämfört med endast 4 % av missbrukarvårdsklienterna i åldern 55–65 (Institutet för hälsa och välfärd, 2022). Med detta sagt finns det tydliga skillnader i alkohol- och drogbruket mellan olika åldersgrupper, vilket bör tas i beaktande då tjänsterna utvecklas.

2.1.3. Klientarbete inom missbrukarvården i Finland

Saarnio et al. (2015) lyfter fram att problematiken inom missbrukarvården ofta är mångfacetterad och svärgenomtränglig. Missbruket, som är ett problem i sig, kan leda till andra problem såsom psykiska sjukdomar och sociala problem i form av hemlöshet och våldsamt beteende. Hannula (2009) påpekar att man inte borde se på klienten som en person med många olika problem, utan en person som har klientkap på flera olika håll. Med detta menar Hannula (2009) att man inte ska fokusera endast på problemen i sig, då detta kan kränka personens integritet och inverka på det stöd hen ges.

Problematiken hos klienter med missbruk delas vanligtvis in i psykisk, fysisk och social problematik. Enligt Tiensuu (2014) menas med fysisk problematik att rusmedelsanvändningen leder till fysiska symptom, till exempel abstinensbesvär. Den psykiska problematiken handlar om att rusmedlen blir en del av brukarens välbefinnandebild och kan leda till psykiska besvär, såsom psykiska sjukdomar. Den sociala problematiken innebär att drogen ofta blir den centrala rollen i missbrukarens sociala nätverk, vilket leder till att andra viktiga aspekter i personens liv åsidosätts, såsom familj, vänner och sysselsättning.

Missbruksproblematik sammankopplas vanligtvis starkt med psykiska problem. Därför är mental- och missbrukarvårdstjänsterna ofta sammansvetsade i servicesystemet. Kuussaari och Hirschovits-Gerz (2016) lyfter fram den sammanflätade problematiken och har i sin studie kommit fram till att hälften av respondenterna, i detta fall missbrukare, har mentala svårigheter och behöver vård för dessa. Därför är det viktigt att identifiera klienter med dubbelproblematik och erbjuda stödtjänster såväl för missbruket som för de psykiska problemen. Kuussaari och

Hirschovits-Gerz (2016) påpekar även att det är viktigt att ta dessa klienter i beaktande i utvecklandet av servicestrukturen och fortsättningsvis erbjuda vård för både missbruket och de psykiska problemen.

Tiensuu (2014) och Samposalo et al. (2017) påpekar att det inte endast är missbruket i sig som behöver behandlas, utan missbrukarvårdsklienterna är ofta i behov av en bred mångprofessionell service för att lösa olika problem anknutna till missbruket. På grund av den omfattande, varierande och individuella problematiken måste man också ta till olika arbetsmodeller och arbetsmetoder för att skraddarsy vården av klienterna. Mångprofessionaliteten diskuteras mer ingående i kapitel 2.2 och i kapitel 2.2.3 lyfts det mångprofessionella arbetet specifikt inom missbrukarvården upp.

Precis som inom alla typer av klientarbete är bemötande viktigt också inom missbrukarvården. Sandström (2020) lyfter fram två viktiga aspekter av bemötandet, vilka är kontakt och struktur. Hos missbrukare kan starka känslor, såsom ångest och skam, inverka på kontakten med vårdpersonal eller stödpersoner. Det är viktigt att skapa en hållbar, tillitsfull och positiv kontakt med klienten för att vården ska fungera och diskussionen ska fortgå under vårdprocessen. Genom en tydlig och transparent struktur i vårdprocessen skapas trygghet och möjligheter att nå målsättningar i vården. En transparent struktur i arbetet gör det lättare för klienten att följa med i arbetet och binda sig till en avtalad vård- eller rehabiliteringsplan.

Tiensuu (2014) och Heather, Hörnekopp och Smailes (2009) påpekar att arbetet inom missbrukarvården ofta bottnar i psykologerna Prochaskas och DiClementes transteoretiska förändringsmodell. Modellen uppstod på 1980-talet då dessa psykologer försökte förstå hur man får människor att förändra sina beroendemönster. Modellen bygger på olika stadier som en brukare måste genomgå för att ta sig ur ett beroende, såväl på egen hand som med professionell hjälp. Stadierna går från att personen inte anser sig själv ha ett beroende till att hen börjar inse att det finns ett problem och en förändring börjar ta form.

Inom missbrukarvården, och även inom många andra områden inom social- och hälsovården, används psykosocialt stöd för att stöda klienten i hans livssituation. Enligt Arajärvi et al. (2020) är psykosociala arbetsmodeller vanliga inom många arbetsområden inom ramen för social- och hälsovård. Definitionen av psykosocialt stöd varierar men Kuusisto och Ranta (2020) sammanfattar begreppet som olika typer av stöd för att upprätthålla interaktionen mellan klienten och omgivningen. Detta sker genom att ta klientens psykiska och sociala behov i beaktande. Syftet med det psykosociala stödet är att förändra klientens tankesätt och handlingssätt så att hen är kapabel att delta i arbets- eller rehabiliteringsprocessen och känner delaktighet i olika sammanhang. Arajärvi et al. (2020) definierar det psykosociala arbetet på

samma sätt som Kuusisto och Ranta (2020) men tillägger att klientens psykiska och sociala förmågor formas av tidigare upplevelser hos klienten. Därför bör tidigare upplevelser och erfarenheter beaktas i det psykosociala arbetssättet för att klienten ska kunna omforma sitt tankesätt och frångå negativa mönster som skapats i livet. Arajärvi et al. (2020) betonar också att man ska se på klientens situation som en holistisk helhet, vilket betyder att man fokuserar på klienten som en del av en större helhet och tar flera aspekter i beaktande vid lösningen av problem.

På Droglänkens hemsida (u.å.) har sakkunniga inom ramen för missbrukarvård lyft fram och sammanfattat fem centrala metoder som används inom missbrukarvården: motiverande intervju, mini-intervention, verksamhetsterapeutiska och kreativa metoder, nätverksarbete och familjeterapi. Framöver presenteras dessa fem metoder kortfattat.

Enligt Salo-Chydenius (2010a) är syftet med motiverande intervju inom missbrukarvården att motivera klienten till en förändring. Man utgår från klientens egna behov, möjligheter och värderingar och försöker motivera klienten till att leva ett nyktert liv. I motiverande intervju förutsätts det att klienten deltar aktivt och förmår själv att ta initiativ till förändringar. Den professionella personen fungerar som ett stöd i processen. Enligt Tiensuu (2014) har det visat sig vara mycket motiverande för klienter inom missbrukarvården att utgå från negativa erfarenheter orsakade av missbruket, såsom sjukdomar eller händelser. Då klienterna reflekterar kring dessa kan det driva dem till att försöka blicka framåt och göra förändringar i livet bort från de negativa händelserna eller mönstren som skapats.

Seppä (2009) presenterar mini-interventioner och förklarar att det handlar om att kartlägga klientens rusmedelsanvändning. Syftet är att diskutera olika psykiska och fysiska symptom som klienten har och hur rusmedelsanvändning kan ha påverkat eller orsakat dessa. Enligt Seppä (2009) och Kananoja et al. (2011) kan klienten utifrån detta, precis som vid motiverande intervju, motiveras till att minska på eller helt avsluta sin rusmedelsanvändning.

Salo-Chydenius (2010b) lyfter fram verksamhetsterapeutiska och kreativa metoder, vilka omfattar rehabiliteringsformer där man uttrycker sig i bild, rörelse, tal eller skrift. Syftet med dessa uttrycksformer är att lättare kunna öppna upp om och diskutera missbruket och den egna situationen. Metoderna används främst om klienten upplever att missbruket och erfarenheter kopplade till det är svåra att prata om.

Nätverksarbete handlar enligt Hannula (2009) om att tillsammans med klienten och anhöriga diskutera missbruket och hur det påverkat klienten och hens omgivning, det vill säga familj, sysselsättning och stödnätverk. Syftet med nätverksarbete är att kunna ta stöd av klientens sociala nätverk i vården. Ett starkt nätverk kan vara till stor nytta för en klient som

vill bli kvitt sitt rusmedelsberoende och klienten kan söka stöd i det sociala nätverket under rehabiliteringsprocessen. Nätverksarbetet kan också innebära att bygga upp ett nätverk kring klienten eller att reparera ett nätverk som skadats på grund av klientens rusmedelsanvändning.

På liknande sätt fungerar familjeterapi inom missbrukarvården, men inom terapin ligger fokusen enligt Mäkelä (2010) på familjen och de som hör till hushållet. Mäkelä (2010) påpekar att man genom familjeterapi vill öppna upp för och föra diskussion mellan familjemedlemmarna för att samtala om hur klientens missbruk har påverkat familjen och dess struktur. Utifrån det vill man motivera klienten till nykterhet samt reparera skadade familjeband.

Som tidigare nämnts är problematiken inom missbrukarvården mycket individuell och alla klienter befinner sig i olika situationer och kommer från olika bakgrunder. Sipola (2014) lyfter fram olika utgångspunkter, utifrån vilka man ofta arbetar inom missbrukarvården. Den första är klientfokusering, då man utgår från klientens egna målsättningar. Den andra utgångspunkten handlar om målinriktat arbete, när man tillsammans med klienten funderar hur hen ska uppnå sina mål med vården. I målinriktat arbete fokuserar man på framtiden och hur klienten kan ta sundare beslut i fortsättningen. Enligt Niemelä (2015) och Sipola (2014) är en annan viktig arbetsmetod resurscentrerat arbete då man utgår från klientens egna styrkor, kunskap och förmågor i en förändringsprocess, i detta fall mot minskad eller avslutad rusmedelsanvändning. På liknande sätt använder man sig enligt Niemelä (2015) av lösningsfokuserat arbetssätt då problemets lösningar står i fokus och ovanstående utgångspunkter kombineras. Man gör upp en handlingsplan tillsammans med klienten utifrån hans möjligheter och förmågor till förändring och fokuserar på lösningen och inte problemet i sig.

Sammanfattningsvis kan man säga att det finns flera olika metoder och arbetsmodeller inom missbrukarvården, vilka utgår från olika synvinklar och tankesätt. Metoderna väljs utifrån klientens möjligheter, behov och önskemål med vården samt utifrån helhetssituationen. I kapitel 2.3.3 diskuteras arbetsmetoder inom det sociala arbetet där även några av ovanstående metoder diskuteras mer ingående, men då ur det sociala arbetets synvinkel. I följande kapitel lyfts den andra delen av den teoretiska referensramen upp, det vill säga mångprofessionalism.

2.2. Mångprofessionalism

I detta kapitel diskuteras mångprofessionalism, vad det innebär och varför det har blivit ett vanligt arbetssätt inom olika områden. Mångprofessionellt arbete är enligt Isoherranen (2012) ett arbetssätt som växt fram för att möta de behov som finns i ett välutvecklat servicesamhälle, exempelvis inom området för social- och hälsovård. Som tidigare nämnts är problematiken exempelvis inom missbrukarvården mångfacetterad och tangerar olika serviceområden. Därför krävs det ofta att olika professioner samarbetar för att erbjuda en högkvalitativ vård och för att kunna hjälpa en klient på bästa möjliga sätt. Till näst förklaras begreppet *mångprofessionalism* och hur det mångprofessionella arbetssättet uppstått. Sedan diskuteras mångprofessionalismens uppkomst ur en institutionell teoris synvinkel och slutligen diskuteras behovet av mångprofessionellt samarbete inom social- och hälsovård, vilket också omfattar missbrukarvården.

2.2.1. Begreppet mångprofessionalism

Enligt Isoherranen (2012) och Katajamäki (2010) menas med begreppet *mångprofessionalism* att flera olika professioner sammanflätar sin expertis inom olika områden. Genom att göra det kan man se på något, exempelvis ett klientärende, ut flera olika synvinklar och på så sätt få en större helhetsbild av det. Katajamäki (2010) påpekar att mångprofessionellt arbete är vanligt inom social- och hälsovården och det är ett arbetssätt som utvecklas hela tiden för att bemöta en mångfacetterad problematik inom området. Inom vården kan en kund genom mångprofessionellt samarbete erbjudas stöd utifrån många professioners synvinklar, exempelvis samarbete mellan sjukvårdspersonal, terapeut och socialarbetare.

D'Amour et al. (2005) och McCray (2009) påpekar att mångprofessionalism är en term som omfattar flera olika typer av arbete och arbetssätt. McCray (2009) lyfter fram att samarbetet endera kan ske i team som befinner sig i samma tid och rum eller genom att samarbeta i form av konsultationsarbete där alla medlemmar inte nödvändigtvis behöver infinna sig på samma plats vid samma tidpunkt. Syftet är oavsett att man kompletterar vändras kunskapsområden och tillsammans hjälper klienten, ofta med samma målsättning i arbetet.

Terminologin varierar och det är utmanande att hitta en entydig definition på begreppet *mångprofessionalism*. Enligt Helander, Lilja och Pukkila (2019) förekommer främst begreppet *mångprofessionalism* på svenska, men också begreppet *multiprofessionalism* används i vissa fall. På finskan används främst termen *moniammatillisuus* (se exempelvis Isoherranen, 2012).

Enligt D'Amour et al. (2005) är terminologin på engelskan mer mångskiftande än på andra språk. Där urskiljer man mellan *multiprofessional*, *interprofessional* och *transprofessional*. Med *multiprofessional* menas samarbete mellan olika professioner där man strävar efter samma målsättning, men nödvändigtvis inte arbetar tillsammans fysiskt. Med *interprofessional* menar man sådant samarbete där diskussion, gemensam planering och delat ansvar är viktigt. Med andra ord ett tätare samarbete där deltagarna har egna ansvarsområden i arbetsgruppen. Begreppet *transprofessional* omfattar sådant arbete där ansvarsområdena flyter ihop och gruppmedlemmarnas kunskapsområden överlappar varandra. Man strävar i detta fall efter att dela kunskap gruppmedlemmarna emellan för att se klientens situation ur flera synvinklar.

2.2.2. Grunden till mångprofessionalism ur en institutionell teoris synvinkel

Enligt Engdahl och Larsson (2006) definieras en *institutionell teori* som en teori enligt vilken olika mönster eller strukturer skapats av samhället och har utvecklats i takt med att förändringar gjorts i samhällsstrukturen. Med *institutioner* menas inte endast fysiska institutioner, såsom ”den samhällsvetenskapliga institutionen” vid ett universitet, utan även olika samhällseliga företeelser. DiMaggio och Powell (1991, i Eriksson-Zetterquist, 2009) räknar upp flera olika sociala fenomen som kan ses som institutioner som har utvecklats för att fylla olika funktioner i interaktionen i samhället. Bland dessa finns exempelvis handskakningar och äktenskap. Begreppet *institution* kan alltså tolkas på olika sätt, som exempelvis en samhällselig institution och en social institution. Det som är gemensamt för institutionerna är att människan skapat dessa och de har utvecklats för att möta olika behov och fylla tomrum i samhället. Exempelvis social trygghet och social tillhörighet i samhället kan ses som sådana.

Inte heller enligt Eriksson-Zetterquist (2009) finns det ingen entydig definition på vad en *institutionell teori* är utan teorin omfattar fenomen och företeelser som utvecklats utifrån människans handlingar och de behov som finns i samhället. Användning av begreppet *institutioner* och den institutionella teorin växte fram i slutet av 1800-talet och har etablerat sig inom flera olika områden, exempelvis inom statsvetenskapen och sociologin. Teorin är även starkt kopplad till organisationsteorin. Eriksson-Zetterquist (2009) nämner bland annat sociologerna Max Weber och Emile Durkheim som kända namn inom institutionsteorin.

Ahrne och Papakostas (2002, i Engdahl och Larsson, 2006, s. 181) säger följande:

De sociala institutionerna kan lite förenklat sägas vara en del av den omgivning i vilken såväl de enskilda individerna som deras organisationer, rörelser och nätverk verkar. Institutionerna ger förutsättningar för vad enskilda individer och organisationer har för möjligheter, begränsningar och kunskapsresurser att göra.

Institutioner har alltså en vägledande, men också begränsande funktion när det gäller utvecklingen av dem. Talcott Parson och Mary Douglas (i Engdahl och Larsson, 2006), som har varit inflytelserika teoretiker inom området, påpekar samma sak. Enligt Parson och Douglas består institutioner av bakomliggande föreställningar och erfarenheter som gör att människor agerar och skapar normer på ett visst sätt eller enligt en viss modell. Med andra ord styr institutionerna normerna och deras utveckling, och också tvärtom.

Inom den institutionella teorin är *stigberoende* (eng. *path dependence*) ett vanligt förekommande begrepp som bland annat Paul Pierson (2000a) lyfter fram i sin forskning. Pierson (2000a) menar att en institutions förflutna påverkar nuet och framtiden och att det är svårt att ta sig ur ett visst mönster som formats under en längre tid. Med andra ord skapar institutioner redan i ett tidigt skede bestämda förutsättningar som styr hur de utvecklas och styr vilka deras möjligheter är. Stigberoende handlar även om att involverade personer i en viss institution och personer som använder sig av en institution vänjer sig vid att ha det på ett sätt, vilket innebär att det är svårt att göra större förändringar. Detta påpekar Pierson (2000b) att kan begränsa institutioners möjligheter att göra genomgå snabba eller större utvecklingar. Som exempel kan man ta det finländska pensionssystemet. Det finländska pensionssystemet har enligt Barr (2013) bibehållit liknande struktur sedan 1930-talet då folkpensionen infördes i landet. Pensionssystemet är med andra ord ett styvt system som är svårt att göra förändringar i. Befolkningen är van med det system som finns idag och redan en liten förändring kan göra att befolkningen reagerar på ett negativt sätt.

Brante (2014) påpekar att det tidigare var vanligt att olika yrkesaktörer hade en bred kunskap inom ett område. I det moderna samhället, med hög utbildning och specialisering inom olika snäva områden, är det vanligt att man utbildar sig och arbetar inom ett visst specialområde. Som exempel kan man ta läkare inom sjukvården, där läkarna ofta har ett eget specialområde. Detta kan även benämnas *professionalisering*. Enligt Nationalencyklopedin (u.å.) innebär *professionalisering* att ”en yrkesgrupp tillägnar sig de kännetecken och den kompetens som är utmärkande för en profession”. Detta sker i praktiken genom att man utbildar sig högt och upprätthåller en viss nivå av legitimitet inom det egna kunskapsområdet.

Brante (2014) menar att man i det välutvecklade servicesamhället förväntar sig en mycket bred professionell service. Inom områden där olika professioners kunskapsområden tangerar varandra har detta lett till att samarbete blivit viktigt. Ett exempel på detta är socialvården där arbetet förutsätter samarbete med andra aktörer för att kunna erbjuda god service och tillgodose klientens behov. Enligt 41 §, kap. 4, i socialvårdslagen (1301/2014) ska man utföra sektorövergripande samarbete om så behövs i arbetet. Ett exempel på detta är en

patient inom sjukvården som har ekonomiska svårigheter som läkaren eller annan vårdpersonal inte kan hjälpa till med. Då kan vårdpersonalen kontakta en socialarbetare som är utbildad till att hjälpa i sådana frågor.

Mångprofessionalism är en arbetsmetod som växt fram och tillämpats för att möta behov inom olika områden, exempelvis inom vården. Som tidigare diskuterats är problematiken inom missbrukarvården komplex och kräver samarbete mellan olika professioner för att uppfylla målsättningarna med vården, kraven på servicen och för att bemöta klienternas behov. Isoherranen (2012) lyfter fram att ett mångprofessionellt arbetssätt bidrar till ett systematiskt och holistiskt arbete, det vill säga att man ser på helheten och ser en person som en del av ett system där många olika aspekter påverkar situationen som patienten befinner sig i. Isoherranen (2012) lyfter fram att systemet kan delas in i inre och yttre system. Till det inre systemet hör exempelvis tankar och känslor hos personen och till det yttre hör exempelvis omgivning och interaktion med andra personer.

Trots mångprofessionalismens fördelar, finns det också utmaningar med att arbeta i ett team med olika professioner. Brown et al. (2011) lyfter fram tre olika utmaningar vid mångprofessionellt arbete. Den första utmaningen är okunskap om sina medarbetares roller. I mångprofessionella team kan det vara svårt att förstå andra teammedlemmars roller i arbetet, vilket gör att ansvarsområdena kan bli otydliga. Den andra utmaningen innefattar oförståelse för andra teammedlemmars kunskapsområden, vilket kan leda till bristfälligt förtroende för andras ansvarsområden och kunskap. Den sista utmaningen handlar om ansvar och hur detta ser ut i praktiken. Ansvarsfördelningen kan vara annorlunda eller mer orättvist fördelad i praktiken än i teorin. Detta kan i sin tur inverka på arbetets kvalitet och uppdelningen av arbetsuppgifter. Brown et al. (2011) menar exempelvis att personer i mer ledande roller i teamet kan säga att de har ett mycket större ansvar än vad de i praktiken har. Personerna kan anse att andras ansvarsområden också kan höra till deras område, trots att det inte är så i praktiken.

2.2.3. Mångprofessionalism inom missbrukarvården

I *Tillämpningsguiden för socialvårdslagen* (Social- och hälsovårdsministeriet, 2017) lyfts det fram att problematiken inom missbrukarvården ofta är komplicerad och missbruket inverkar på brukarens liv på många olika sätt (se exempelvis Saarnio et al., 2015). Samposalo et al. (2017) påpekar också att missbrukarklienternas behov inom missbrukarvården är omfattande och kräver sektorsövergripande samarbete. Idag är professionella specialiserade inom sina egna områden och därför krävs det att flera personer inom olika professioner samarbetar för att

erbjuda en god vård, vilket exempelvis Brante (2014) lyfter fram. Missbrukarvården är enligt Kuusisto och Ranta (2020) och Johansson (2009) ett sektorsövergripande tjänstesystem som binder samman hälso- och sjukvård med socialvård. Missbrukarvården är, som tidigare nämnts, ett område som det inte forskats mycket inom i Finland (se exempelvis Saarnio et al., 2015). På grund av den bristfälliga forskningen inom området finns det inte heller så mycket forskning om det mångprofessionella arbetet som utförs inom missbrukarvården. Därför diskuteras detta mer allmänt inom ramen för social- och hälsovård, i och med att missbrukarvården placerar sig inom detta område.

För att upprätthålla och utveckla det mångprofessionella arbetet inom missbrukarvården, och inom andra områden i social- och hälsovården, har man förankrat mångprofessionalismen i lagstiftning och utvecklingsprojekt. Bland annat i publikationen *Framtidens social- och hälsocentral 2020–2023* (Social- och hälsovårdsministeriet, 2021), som sammankopplas med den aktuella social- och hälsvårdsreformen 2022–2023, betonar man det mångprofessionella samarbetet. För att uppmuntra till mångprofessionellt arbete har man valt att fokusera på de positiva sidorna med detta arbetssätt och betonat att det är önskvärt att införa mångprofessionellt samarbete inom social- och hälsovården. Mångprofessionaliteten och sakkunskapen inom missbrukarvården lyfts också upp i projektet SamSinne (Wahlbeck, 2018) som producerats av Statsrådets utvecklings- och forskningsverksamhet. I projektet poängteras vikten av tillräckliga missbrukarvårdstjänster på basnivå och samarbete mellan tjänsterna inom detta område. Syftet med utvecklingsarbetet är att effektivisera tjänsterna för att motsvara de behov som finns i samhället och genom detta minska den samhälleliga påfrestningen som missbrukarvården medför. Saaranen et al. (2020) påpekar att det mångprofessionella arbetssättet introduceras redan under studierna inom många utbildningar och att studerande redan då får öva på det i sina praktiska studier.

I socialvårdslagen (1301/2014) finns riktlinjer för hurdant samarbete som behövs inom socialt arbete. I lagens tredje urskiljs olika områden där mångprofessionellt arbete utförs, exempelvis hemvård (20 §), alkohol- och drogämbete (24 §) och mentalvård (25 §). I socialvårdslagens 41 §, kap 4, betonas det sektorsövergripande samarbetet. För att åtgärder ska vidtas och för att upprätthålla en god service ska sakkunskapen och kompetensen motsvara de behov som finns hos klienterna inom vården. Om man exempelvis vid bedömning av servicebehovet behöver någon annan ykresgrupps utlåtande, såsom en läkares eller jurists, ska man kunna ordna detta sektorsövergripande samarbete och kunna konsultera den andra parten.

Även i lagen om missbrukarvård (41/1986) lyfts vikten av samarbete upp inom området i 9 §, kap 1:

Inom missbrukarvården verksamma myndigheter och samfund skall samarbeta med varandra. Särskild uppmärksamhet skall ägnas det inbördes samarbetet mellan missbrukarvården å ena sidan och den övriga social- och hälsovården, nykterhetsverksamheten, bostadsmyndigheterna, arbetskraftsmyndigheterna, skolväsendet, ungdomsverksamheten och polisen å den andra.

På basen av de ovanstående två lagarna kan man tolka att mångprofessionellt samarbete är något som betonas starkt. Olika strategier för att främja och utveckla det mångprofessionella arbetet bildas kontinuerligt vilket presenteras framöver.

I det aktuella regeringsprogrammet (Marin, 2019) betonas ett förbättrat samarbete mellan olika sektorer och institutioner för att göra servicen smidigare, effektivare och mera klientorienterad. I regeringsprogrammets punkt 3.6 *Ett rättvist, jämlikt och inkluderande Finland* (Marin, 2019) påpekas det fram att det finns ett samband mellan strukturella problem i samhället och låg nivå av hälsa och välfärd hos individerna i samhället. För att arbeta för ett rättvist, jämlikt och inkluderande samhälle där tillgången till service och tjänster inom social- och hälsovården är så gott som lika för alla medborgare, krävs omstruktureringar inom servicekedjorna. Omstruktureringarna handlar om att förbättra tjänsternas kvalitet och betona det förebyggande arbetet samt att utöka samarbetet mellan olika institutioner för att skapa en trygg och smidig vårdkedja.

Som tidigare nämnts utvecklas arbetsstrukturen inom social- och hälsovården genom lagförändringar och olika projekt kopplade till exempelvis riktlinjerna i regeringsprogrammet. Ett tidigare projekt var det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovård (KASTE 2012–2015) som Social- och hälsovårdsministeriet publicerade 2012. I publikationen presenteras utvecklingsförslag och uppdaterade rekommendationer kopplade till att socialvårdslagen förnyades 2014. I programmets sjätte kapitel lyfts utveckling inom arbets- och servicekulturen upp. En delmålsättning med utvecklingsprogrammet var att utveckla det mångprofessionella arbetet genom att öka anställdas kompetensnivå, förbättra informationsflödet mellan sektorerna och överlag förbättra servicens kvalitet.

I publikationen *Framtidens social- och hälsocentral 2020–2023* (Social- och hälsovårdsministeriet, 2021), som baseras på Sanna Marins regeringsprogram, betonas likande utvecklingsförslag som i KASTE 2012–2015. I publikationen diskuteras vikten av ökat sektorsövergripande samarbete och mångprofessionalitet inom social- och hälsovården. Detta omfattar även missbrukarvården och hur den ska utvecklas för att bättre anpassas enligt de krav och behov som finns inom området. Man eftersträvar också lättillgänglighet, rättvisa och

kostnadseffektivitet inom tjänsterna. Utvecklingen av social- och hälsovårdstjänsterna i samband med social- och hälsovårdsreformen diskuteras mer ingående i kapitel 2.4.

Valvira är den instans som inom social- och hälsovården sköter tillsynen av tjänsterna samt utarbetar tillstånd för verksamheten inom området. Valviras verksamhet utgår från de bestämmelser som kommer från regeringen, såsom lagstiftning och rekommendationer i arbetet. I det riksomfattande tillsynsprogram för social- och hälsovården under perioden 2020–2023 (Valvira, 2020) lyfts mångprofessionellt samarbete inom social- och hälsovården upp. I tillsynsprogrammet betonas vikten av flexibla och oavbrutna vård- och servicekedjor inom social- och hälsovården, här främst inom äldreomsorgen, där det sektorsövergripande samarbetet ska bidra till förbättrad vård. För att detta ska uppnås behövs en större omstrukturering av befintliga vård- och servicekedjor.

Sammanfattningsvis finns det ett stort behov av att arbeta mångprofessionellt inom social- och hälsovården, även missbrukarvården, eftersom vården bör motsvara de behov och krav som finns på effektiva, jämlika och fungerande vårdtjänster. För att utveckla det mångprofessionella samarbetet vidtas olika åtgärder och olika lösningar på de utmaningar som finns inom vården testas. För att ett arbetsteam ska fungera krävs enligt Engdahl och Larsson (2006) övning och anpassande inom den institution eller de institutioner som är inblandade. Det handlar om att noggrant utveckla en modell där alla teammedlemmar har en roll och där uppgifterna är tydligt uppstrukturerade. Mångprofessionalism är ett relativt nytt begrepp och den mångprofessionella arbetsmodellen har utformats för att förbättra vården och skapar på så sätt en ny form av stigberoende (se Pierson, 2000a) inom social- och hälsovården samt inom andra sektorer i servicevärlden. I nästa kapitel diskuteras det sociala arbetet och socialarbetaren som en del av ett mångprofessionellt team.

2.3. Socialt arbete

Framöver diskuteras det sociala arbetet mer ingående, först på ett allmänt plan för att sedan gå in på det sociala arbetet som en del av ett mångprofessionellt team. Därefter diskuteras socialarbetarens roll som en del av den mångprofessionella missbrukarvården. Socialarbetarens roll i servicekedjan hos missbrukarvårdsklienter kan vara svårdefinierad, vilket diskuteras i detta kapitel. Socialarbetaren konsulteras av missbrukarvårdsenheten då man anser att en klient är i behov av socialt arbete och det är vanligt att missbrukande klienter har klientkap hos socialvården.

2.3.1. Den teoretiska grunden till socialt arbete

Det sociala arbetet är en del av det socialpolitiska systemet och ses enligt Kananoja et al. (2011) som både en vetenskap och praktisk yrkesutövning. Branco (2016) lyfter fram två koncept som socialt arbete bygger på: psykosocialt förfarande och social reform. Psykosocialt förfarande innebär att man ger klienten stöd i hans livssituation genom ett terapeutiskt tillvägagångssätt. Social reform bygger på ett socialpolitiskt förhållningssätt och därför ses socialt arbete som en viktig del av vetenskapen och socialpolitiken. Kananoja et al. (2011) delar upp det sociala arbetet på ett annat sätt. För det första kan socialt arbete ses som en institution oberoende av yrkesidentitet som har sin egen kunskapsbas och ansvarsområde i samhället. För det andra kan det sociala arbetet fungera som ett socialpolitiskt instrument, alltså en praktisk yrkesutövning, vars uppgift är att använda sig av de socialpolitiska systemets förmåner och service i praktiken. Med andra ord fungerar det sociala arbetet som en mellanhand mellan socialpolitik och praktiken.

Enligt Social- och hälsovårdsministeriets publikation *Sosiaalihuolto Suomessa* (2006) är syftet med det sociala arbetet att säkra de grundläggande rättigheterna, så som rätt till ett värdigt liv och tryggad utkomst. Detta förverkligas genom att förebygga utanförskap och öka integrationen av människor i en utsatt position. Till värdegrunden inom det sociala arbetet hör enligt Kananoja et al. (2011) och Talentia (2018) följande aspekter: att respektera och främja människovärdet och de mänskliga rättigheterna, att respektera självbestämmanderätten, att främja delaktighet och inkludera marginaliserade personer samt att arbeta för och främja social rättvisa i samhället.

Kananoja et al. (2011) påpekar att det sociala arbetet i praktiken varierar mycket trots att värdegrunden är densamma. Tillsammans med värdegrunden bygger socialt arbete på kunskap om hur samhället fungerar och hur interaktionen mellan olika institutioner ser ut i praktiken. Enligt Thompson, Spano och Koenig (2019) och Kananoja et al. (2011) uppstår ofta situationer i det sociala arbetet där olika aktörer och individer sammanförs, exempelvis vid nätverksarbete. I dessa situationer utgör socialarbetaren ofta den koordinerande länken i nätverket och i samarbetet med de olika aktörerna.

Enligt Kananoja et al. (2011) har det sociala arbetet utvecklats utifrån olika typer av arbete för att hjälpa personer som har det svårt eller är sjuka. Bland dessa finns kyrkans arbete och fattigvården som fungerade som ett skyddsnet innan det fanns ett lagstadgat socialt arbete. Det sociala arbetet har också sina rötter i frivilligarbete med syfte att hjälpa personer i svåra livssituationer.

Thompson et al. (2019) och Branco (2016) lyfter fram två pionjärer inom socialt arbete, vilka är Mary Richmond och Jane Addams. Dessa två anses vara de personer som lagt grunden för det sociala arbetet kring sekelskiftet 1800–1900. Trots att de båda arbetat för social rättvisa och delaktighet har deras utgångspunkter i arbetet och forskningen varit olika. Thompson et al. (2019) påpekar att Richmond betonade individualismen i socialt arbete där det ena fallet inte var likt det andra. Addams ansåg däremot att människor hade individuella problem men att dessa skapades av omgivningen, av så kallade sociala institutioner. Hon ansåg att dessa institutioner var problemet och att dessa skulle reformeras för att minska på människors individuella problem. Richmond såg alltså det sociala arbetet som enskilda klientfall medan Addams såg på den större helheten som orsakat problem för klienterna.

Jurvonen et al. (2018) och Branco (2016) påpekar att samhället ständigt genomgår förändringar, vilket i sin tur inverkar på socialpolitiken och det sociala arbetet som måste anpassas enligt dessa förändringar. Dessa förändringar är exempelvis kopplade till globalisering, ekonomi och digitalisering. Jurvonen et al. (2018) lyfter fram ett flertal utmaningar med det sociala arbetet som hör ihop med ovannämnda samhällseliga förändringar. Inom socialt arbete förväntas man ha lösningar på aktuella problem som finns i samhället, som enligt Jurvonen et al. (2018) för tillfället bland annat består av immigrationsfrågor, långtidsarbetslöshet, drogmissbruk och psykisk ohälsa. Jurvonen et al. (2018) påpekar även att det ur klienternas perspektiv finns förväntningar på socialt arbete kopplade till exempelvis effektivitet, kvalitet och hur välutvecklad servicen är. Med det här sagt kan man tolka att det finns en viss press på det sociala arbetet, både på service- och individnivå.

Trots att det sociala arbetet ständigt genomgår förändringar i struktur och arbetsmodeller finns ändå kärnorna i Richmonds och Addams arbete kvar enligt Gray och Webb (2012). På senare tid har arbetet däremot utvecklats och tydligare arbetsmetoder och modeller inom det sociala arbetet har växt fram. Ständigt testas nya metoder inom området för att se om de kan ersätta de gamla.

Enligt Gray och Webb (2012) försöker man inom socialt arbete ofta förklara vad som har hänt för att hitta en lösning på ett problem, med andra ord ett sorts orsakssamband. Därför är det viktigt att kunna se helhetsbilder i arbetet och inte bara fokusera på individen i sig. Genom att fokusera på helhetsbilden menar Gray och Webb (2012) att man ser människan som en del av en större helhet där olika nätverk samverkar med hen. Yttre och inre faktorer inverkar på människan samtidigt som hen har förmåga att påverka dessa självt. Inom socialt arbete inverkar klientens livsskede och livssituation alltså på denna helhetsbild. Detta bidrar enligt Gray och Webb (2012) till att det sociala arbetet är mycket individualistiskt.

Att fokusera helheten kallas även enligt Thompson et al. (2019) och Isoherranen (2012) för att se saker ur ett *holistiskt* perspektiv. Ett holistiskt synsätt bidrar till ökad förståelse för mångfacetterade problem, sådana som man ofta stöter på inom socialt arbete. Isoherranen (2012) påpekar att det mångprofessionella arbetet införts för att utveckla det holistiska tankesättet, och också systematiken, i det sociala arbetet. Genom att arbeta mångprofessionellt kan ett klientärende analyseras utifrån många olika synvinklar. Med dessa synvinklar menas främst olika professioner eller specialområden inom samma yrkesområde. Michailakis och Schirmer (2017, s. 139) betonar följande: ”...ett visst socialt problem ser olika ut beroende på vilket socialt systems perspektiv som står bakom problembilden”. Genom att se på problemet eller ärendet utifrån olika synvinklar kan man alltså ha olika föreställningar om orsaksförhållanden bakom det.

Brante (2014) påpekar att socialt arbetet är en profession som tangerar flera olika områden. Han menar att det sociala arbetet inte endast kan ses som ett eget område i sig utan ett område som flyter in i andra kunskapsområden. Detta bidrar till att det mångprofessionella arbetet är viktigt inom området för att kunna hjälpa klienterna och uppfylla deras behov av stöd.

Socialt arbete handlar till stor del om problemlösning och förändringsarbete, men för att problem ska lösas och en förändring ska ske, så behövs också verktyg för att lösa dem. Inom socialt arbete är *resurscentrerat arbete* vanligt. Enligt Niemelä (2015) och Sipola (2014) kan det definieras som en arbetsmetod inom vilken man använder sig av klientens egna styrkor, färdigheter och kunskap för att genomgå en förändring. På detta sätt motiverar man även klienten och lyfter fram styrkor och verktyg som klienten redan har och som behövs för en förändring. Enligt Kivinummi och Alatupa (2016) är det bra att använda sig av positiv förstärkning i resurscentrerat arbete för att motivera klienten till att utvecklas. Med *positiv förstärkning* menas positiv återkoppling och belöningar när klienten visat framsteg i arbetsprocessen eller har haft en bra inställning till något. Det förstärker ofta klientens vilja till att utvecklas och förstärker klientens självkänsla.

2.3.2. Socialt arbete i Finland

Det sociala arbetet utgör enligt Kananoja et al. (2011) en viktig del av det finländska sociala trygghetssystemet och kärnan i arbetet är att förebygga och minska sociala problem i samhället. Det sociala arbetet är uppdelat i olika områden för att stöda människor i olika livsskedet, exempelvis barn- och familjeservice och socialt arbete för funktionshindrade. Tidigare ordnades tjänsterna av kommunerna men i och med social- och hälsovårdsreformen flyttas

tjänsterna över till välfärdsområdena (se exempelvis Österbottens välfärdsområdes hemsida, 2022)

I Finland styrs det sociala arbetet av socialvårdslagen (1301/2014) som är en övergripande allmän lag. Det finns även en rad speciallagar såsom barnskyddslagen (417/2007) och lagen om missbrukarvård (41/1986), där fokus ligger på specifikt dessa områden inom ramen för socialt arbete. Utöver nationell lagstiftning styrs också det sociala arbetet av internationella riktlinjer som Finland har godkänt. De nationella styrdokumenterna bygger även på de internationella riktlinjerna. Bland dessa finns enligt Finlands FN-förbund (u.å.) konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter (ICCPR) och konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ICESCR), som båda bygger på FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna från 1948.

Social- och hälsovårdsministeriet (2006) påpekar att det sociala arbetet, som en del av det finländska sociala trygghetssystemet, bygger på den nordiska välfärdsmodellen. Den nordiska välfärdsmodellen bygger i sin tur på offentligt ansvar och skattefinansierad social trygghet. Det nuvarande socialvårdssystemet är relativt nytt eftersom man på 1980-talet ville förstärka socialvårdens roll i samhället genom utbildning och kommunalt ansvar för socialvården. Efter det har socialvården utvecklats mycket för att förstärka dess position och expertisen inom området. Exempelvis förnyandet av socialvårdslagen 2014 var ett stort genombrott för området. Samtidigt har socialt arbete gått från att vara ett ämne med negativ betoning till att betraktas mer som ett omfattande socialskydds nätverk och en del av den sociala tryggheten. Detta lyfter Rost och Lundälv (2021) upp i sin studie om stigma kring socialt arbete, här specifikt stigma relaterat till matutdelning. Rost och Lundälv (2021) påpekar att stigma kopplas ihop med en känsla av misslyckande och värdelöshet hos klienter samt att klienterna inte uppfyller sociala normer. Detta är däremot något som förändras i takt med att det sociala arbetets position i samhället förändras.

Det sociala arbetet är som tidigare nämnts ett komplext servicesystem som innehåller många olika delar och ansvarsområden. Kommunförbundet (2017) har sammanfattat socialt arbete som följande, på basen av 15 §, kap 3., i socialvårdslagen (1301/2014):

Socialt arbete är socialservice i enlighet med 15 § i socialvårdslagen. Med socialt arbete avses klient- och sakkunnigarbete där det skapas en helhet av socialt stöd och service som möter individens, familjens eller gemenskapens behov, där helheten samordnas med stöd som erbjuds av andra aktörer samt där genomförandet och effekten av helheten styrs och följs upp. Socialt arbete stöder förändring och syftar till att tillsammans med individen, familjen och gemenskapen lindra svårigheter i en livssituation, stärka individens och familjens egna förutsättningar, öka deras delaktighet och främja social samhörighet i gemenskapen. (Kommunförbundet, 2017)

Utifrån detta kan man tolka att det sociala arbetet ständigt bör anpassas enligt de behov som finns inom de olika verksamhetsområdena och därför krävs det också enligt exempelvis Jurvonen et al. (2018) att ständiga ställningstaganden till utveckling inom det sociala arbetet tas.

På Social- och hälsovårdsministeriets hemsida (Social- och hälsovårdsministeriet, u.å.b) har organiseringen av det sociala arbetet i Finland sammanställts. Enligt hemsidan ansvarar Social- och hälsovårdsministeriet för lagstiftningen och utveckling av den sociala tryggheten i Finland. Ministeriet utarbetar även riktlinjer och utlåtanden om social- och hälsovårdspolitiken samt håller kontakten med politiska beslutsfattare i social- och hälsovårdsfrågor. Institutet för hälsa och välfärd (THL) bedriver forsknings- och utvecklingsverksamhet inom området och på basen av denna kan socialvården utvecklas enligt de behov som finns i samhället. Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira övervakar socialvården tillsammans med Regionförvaltningsverket. Utöver de offentliga tjänsterna inom socialt arbete, utförs också socialt arbete i den privata och tredje sektorn.

För att trygga klienternas ställning och rättigheter inom socialvården finns lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000). I enlighet med denna lag ska klienterna få en högklassig socialvård som motsvarar behoven hos dem. Det är viktigt att bemöta klienterna med respekt och utan att kränka deras människovärde och integritet. Detta innebär alltså att varje klient ska få vård på lika grunder oavsett vad hen har gjort och varit med om.

2.3.3. Behov av socialt arbete hos klienter med missbruk

För att diskutera behovet av de stödtjänster som finns inom ramen för socialt arbete som är tillgängliga för klienter med missbruk bör man utgå från den komplexa problematik som finns inom missbrukarvården. Som tidigare nämnts delas denna ofta in i fysisk, psykisk och social problematik (se exempelvis Saarnio et al., 2015) och det är socialarbetaren som kan hjälpa till med den sistnämnda delen. Enligt Tiensuu (2014) omfattar den sociala problematiken utmaningar kopplade till klientens sociala nätverk och sysselsättning då klientens missbruk har blivit en allt mer central roll i hens liv. På så sätt har hen åsidosatt andra viktiga aspekter i livet så som familj, arbete och fritidsintressen. Heilig (2019) är inne på samma spår och påpekar att klientens sociala funktion, som är kopplad till arbete, familj och social tillhörighet, är viktig för helhetsmåendet. Då de sociala kontakterna och de vardagliga rutinerna åsidosätts kan personens mående rubbas avsevärt och missbrukets roll kan öka ytterligare.

Eftersom klienternas situationer är mycket varierande och utgångsläget för att arbeta med en klient kan se ut på olika sätt, är det enligt Juhila (2008) viktigt att se klientens situation som mycket individuell. Juhila (2008) påpekar att missbruksarbetet till stor del omfattar individuellt stöd eller så kallat *case work* för att kunna anpassa stödet enligt klientens individuella möjligheter och behov. Med andra ord utgår Juhila (2008) från samma tankesätt som Mary Richmond, en av det sociala arbetets grundare, gjorde och betonar att ett fall inte är det andra likt.

Robertson och Nesvåg (2019) lyfter fram att missbruket och tillhörande problematik är en central del i den missbrukande klientens liv, vilket gör att dennes livsstil, också kallad *habitus*, förändras totalt. Missbruket påverkar klientens sociala arena och det sociala kapitalet. Robertson och Nesvåg (2019) påpekar att man bör utgå från livsstilsförändringen då man hjälper klienten och aktivt försöka förändra de sociala kontakterna och den sociala miljön hos klienten. Med andra ord bör man förändra klientens *habitus* och hjälpa hen att genomgå en ny livsstilsförändring mot en livsstil fri från missbruk.

Juhila (2008) påpekar att socialarbetaren ofta är med i serviceprocessens alla skeden inom missbrukarvården, ända från att en bedömning av servicebehovet görs till att klienten avslutar vården. I och med att missbrukarvården har medikaliserats och till största delen inbegrips av hälso- och sjukvårdstjänster har det sociala arbetets roll åsidosatts något. Det sociala arbetet sker enligt Juhila (2008) ofta parallellt med missbrukarvårdstjänsterna i stället för att integreras i missbrukarvårdens tjänster. Kananoja et al. (2011) påpekar att missbrukarvårdstjänsterna innan medikaliseringen ordnades enligt en icke-medikaliserad modell där missbruket främst sågs som ett socialt problem som krävde lösningar inom ramen för socialt arbete. Därför var missbrukarvården en del av socialvården fram till att missbrukarvården under slutet av 1900-talet integrerades alltmer i hälso- och sjukvårdstjänsterna. Det sociala arbetet har trots det en betydande roll för många klienter med missbruk och enligt Juhila (2018) kvarstår behovet av socialarbetarens sakkunnighet och kunskap, exempelvis i ekonomiska och sociala frågor.

Socialarbetaren har en betydande roll för att hjälpa personer med missbruk, både klienter inom och utanför missbrukarvården. Socialarbetaren är också enligt Kananoja et al. (2011) den person som kan motivera en missbrukande klient att ta kontakt med missbrukarvården om hen inte har en vårdkontakt ännu. Quinn (2010) påpekar att det är viktigt att socialarbetarstuderande lär sig om missbruk och dess konsekvenser redan under sina studier för att effektivt kunna stöda klienter med missbruk i sitt framtida arbete. Också enligt Myers och Wodarski (2014) bör socialarbetsstuderande bekanta sig med sätt att bemöta och hjälpa

klienter med psykisk ohälsa och missbruksproblematik i studierna eftersom dessa klienter omfattar en stor del av klientelet. SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) i USA erbjuder exempelvis studerande evidensbaserat material för att redan under studierna bekanta sig med arbete med personer med psykisk ohälsa eller missbruk. Myers och Wodarski (2014) betonar att socialarbetsstuderande får bättre kunskap om och verktyg för att arbeta med dessa klienter genom evidensbaserad praktik. Det handlar exempelvis om kännetecken för sjukdomar eller missbruk samt arbetsmetoder som kan användas med klienterna.

Juhila (2008) påpekar att missbrukarvården främst samarbetar med vuxensocialarbetet, eftersom den största andelen missbrukarvårdsklienter är myndiga. Om det däremot handlar om barnfamiljer eller minderåriga kopplas barn- och familjesocialarbete eller barnskyddet in. Samarbetet sker även med andra enheter inom ramen för socialt arbete. Juhila (2008) och Kananoja et al. (2011) lyfter fram att socialarbetare vid många missbrukarvårdsenheter arbetar enligt en mer terapeutisk modell, som så kallade socialterapeuter. Genom att arbeta enligt denna modell svarar man för såväl klientens psykiska mående som dennes sociala utmaningar. Utöver ett terapeutiskt arbetssätt arbetar man också enligt Liukko (2006) och Kananoja et al. (2011) med rehabiliterande socialt arbete inom ramen för missbrukarvård. Rehabiliterande socialt arbete handlar om förändringsarbete tillsammans med klienten där framsteg och målsättningar i processen ligger i fokus. Syftet är att rehabilitera klienten på olika plan och integrera personen i samhället genom exempelvis deltagande i arbetsverksamhet, studier eller möjliggöra framsteg i livshanteringsförmågan. I rehabiliterande socialt arbete betonar Kananoja et al. (2011) att aktivering, deltagande och ansvar hos klienten är viktigt eftersom dessa faktorer inverkar på förmågan att uppnå målsättningar och göra framsteg i rehabiliteringsprocessen.

Socialarbetarens arbetsuppdrag inleds enligt Social- och hälsovårdsministeriet (2017) med att en bedömning av servicebehovet görs där klientens situation och behov utreds. På basen av bedömningen utarbetas en service- eller klientplan, som innehåller olika steg och delmål i arbetsprocessen och hur klienten tillsammans med olika aktörer ska uppnå sina målsättningar med vården. Klientplanens syfte är att skapa en helhet av arbetet så att klienten får tillräcklig hjälp och inte faller utanför systemet. Klientens individuella plan uppdateras med jämna mellanrum för att motsvara klientens aktuella livssituation och förnya målsättningarna med vården.

Enligt Kananoja et al. (2011) betonas klientens egna ansvar inom ramen för socialt arbete. Syftet med socialt arbete är inte att presentera färdiga lösningar utan socialarbetaren ska fungera som ett stöd för klienten och en koordinerande länk i vård- eller rehabiliteringskedjan.

Socialarbetaren har ofta en heltäckande bild av klientens situation och har samtidigt en bred bild av tjänsterna och vårdprocessen samt inblandade aktörer i klientens individuella process.

Social- och hälsovårdsministeriet (2017) betonar att missbruk kan ses som en riskfaktor för att bli socialt exkluderad i samhället. Enligt Mäntyneva och Hillamo (2018) och Juhila (2008) kan stöd i frågor gällande delaktighet och livshantering vara avgörande för att klienter ska vara motiverade att göra en livsstilsförändring. Exempel på stöd är enligt Mäntyneva och Hillamo (2018) dagverksamhet och rehabiliterande arbetsverksamhet vars syfte är att öka delaktigheten och främja funktionsförmågan hos personer, exempelvis missbrukarvårdsklienter. I socialvårdslagen (1301/2014) finns riktlinjer på hurdan service man kan erbjuda personer med missbruksproblem inom socialvården. Social- och hälsovårdsministeriets guide för tillämpning av socialvårdslagen (2017) lyfter man fram följande:

Med stödbehov på grund av missbruksproblem avses situationer där en person med missbruksproblem behöver socialservice som stöd för att klara sig. På grund av den karaktär som missbruk av berusningsmedel har är det ofta fråga om ett upprepat eller långvarigt servicebehov, där det viktigaste är att bedöma behovet av service och att motivera personen samt hänvisa honom eller henne att bli klient inom servicesystemet och få vård för missbruksproblemet. Behovet av socialservice kan anknyta till exempelvis boende, familj eller stödnätverk, den ekonomiska situationen, såsom problem med utkomsten eller skulder, hantering av vardagliga färdigheter eller den sociala funktionsförmågan. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2017)

Med andra ord är det viktigt att fånga upp dessa klienter och erbjuda dem den service som finns att tillgå. Det är också viktigt att motivera klienterna till vård och tillnyktring samt hitta den typ av vård som passar klienten och den livssituation som hen lever i. Klienternas situationer kan se mycket olika ut och arbetet bör anpassas enligt den enskilda klientens livssituation. Till näst lyfts ett antal olika förhållningssätt och arbetsmodeller upp som används inom det sociala arbetet, exempelvis med missbrukande klienter.

Det är viktigt att det skapas en trygg relation mellan socialarbetaren och klienten med missbruksproblematik. Missbruket kan enligt Kivinummi och Alatupa (2016) medföra starka känslor om en själv, omgivningen och personer i den. Som tidigare nämnts används psykosocialt stöd ofta inom missbrukarvården. Kuusisto och Ranta (2020) lyfter fram att socialarbetaren bör ha kunskap om det psykosociala tillvägagångssättet och kunna använda det i interaktionen med sina klienter. Genom ett psykosocialt arbetssätt vill man enligt Kuusisto och Ranta (2020) förändra tankesättet hos klienten och främja klientens livshantering på ett terapeutiskt sätt. Psykosocialt stöd är lätt att anpassa enligt klientens situation och kan därför användas i de flesta clientsituationer. Genom detta arbetssätt är det också möjligt att hitta aspekter som kan ersätta rusmedlet och tillhörande beroendeproblematik, vilka i stället kan inbringa positiva känsloupplevelser i personens liv.

Enligt Kivinummi och Alatupa (2016) kan socialarbetaren också genom interventioner motivera klienten till att göra en förändring, till exempel genom att använda sig av motiverande samtal eller andra metoder där det framkommer hurdana ändringar klienten själv skulle vilja göra. I slutändan är det däremot klientens egen motivation och vilja att göra en förändring som är betydande för att hen ska bli kvitt sitt missbruk. Kivinummi och Alatupa (2016) påpekar även att socialarbetaren fungerar som ett stöd längs vägen oavsett hur processen fortskrider. Det är däremot frivilligt att ta emot socialarbetarens stöd, vilket inte alla klienter är villiga att göra.

Utifrån problematiken som finns hos missbrukarvårdsklienterna kan man dra slutsatsen att socialt arbete och de tjänster som finns inom det spelar en central roll i vården och rehabiliteringen av klienter med missbruk. Detta trots att medicinen fått en större roll i behandlingen av missbrukarvårdsklienter. Socialarbetaren har ingen tydlig roll i servicekedjan, men fyller ändå en viktig funktion med sin sakkunskap och sin förmåga att stöda en klient. Socialarbetaren har en bred kunskap om hur man främjar delaktighet, aktiverar klienterna och öppnar upp för diskussion om svåra ämnen. Därför har hen också en betydande del i integrationsprocessen för en marginaliserad eller socialt exkluderad klient. I det mångprofessionella arbetsteamet bidrar socialarbetaren tillsammans med andra professioner till att skapa ett skyddsnät för klienten med missbruk och stöder personen i vård- och rehabiliteringsprocessen.

I följande kapitel tas social- och hälsovårdsreformen upp som är aktuell under Sanna Marins regeringsperiod och hur denna inverkar på social- och hälsovårdstjänsterna. I kapitlet betonas ovanstående tre teorihelheter upp, alltså missbrukarvård, mångprofessionalitet och socialt arbete.

2.4. Social- och hälsovårdsreformen

I detta kapitel lyfts den aktuella social- och hälsovårdsreformen upp som utformats under Sanna Marins regeringsperiod (2019–). Reformen, vars övergångsperiod är 2022–2023, bidrar till omstruktureringar inom social- och hälsovården och är därför väsentlig för denna avhandling. Framöver lyfter jag fram allmänna synpunkter på reformen för att sedan gå djupare in på hur mångprofessionalismen, det sociala arbetet och missbrukarvården porträtteras i den. I kapitlet hänvisar social- och hälsovårdsreformen till denna reform, för att inte förväxlas med tidigare reformer av social- och hälsovårdstjänsterna.

Syftet med reformen är enligt Social- och hälsovårdsministeriet (2021) att förebygga utmaningar som finns inom den offentliga social- och hälsovården och förbättra vårdens kvalitet och tillgången till den. Vården bidrar till höga kostnader för staten och kommunerna och samtidigt finns det omfattande regionala skillnader i tillgången till vård och möjligheten att anpassa vården till de problem som finns i olika regioner. Genom reformen är syftet att åstadkomma bättre förutsättningar för vård och bidra till dämpade vårdkostnader.

En betydande del av reformen är enligt Statsrådets hemsida för social- och hälsovårdsreformen (u.å.) uppdelningen av regionerna i välfärdsområden. Med *välfärdsområden* menas enligt Statsrådets hemsida (u.å.) områden som har självstyre och är till största delen finansierade av staten. Välfärdsområdena är 21 till antalet och bland annat består Österbottens välfärdsområde av sammanlagt 14 kommuner vars tjänster ska samordnas. Verksamheten och ansvaret för organiseringen av tjänsterna inleds 1.1.2023, men Österbottens välfärdsområde har redan inlett sin verksamhet 1.1.2022 och detta fungerar som ett pilotprojekt inför den verkliga övergången. I januari 2022 övergick alltså Österbottens social- och hälsovårdstjänster samt räddningsväsendets tjänster till välfärdsområdet, där man i fortsättningen ansvarar för dessa tjänster. Arbetet för reformens genomförande och uppdelningen av landet i välfärdsområden styrs enligt lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen (616/2021).

Här näst presenteras programmet *Framtidens social- och hälsocentral 2020–2023*, som en del av reformen. Förändringarna diskuteras med fokus på missbrukarvården, mångprofessionalism. Därefter diskuteras Österbottens välfärdsområde mer ingående eftersom den empiriska undersökningen kommer att genomföras i Österbotten och fokuspunkten i avhandlingen blir därför detta välfärdsområde.

2.4.1. *Framtidens social- och hälsocentral*

Social- och hälsovårdsministeriet publicerat programmet *Framtidens social- och hälsocentral 2020–2023* (2021), som fungerar som en projekthandbok och innehåller sammanfattande information om de förändringar som reformen medför. Syftet med reformen är bland annat att effektivisera tjänsterna inom social- och hälsovården och förbättra dess vårdkedjor, vilket diskuteras framöver. Som tidigare nämnts har man genom olika strategier försökt förbättra social- och hälsovårdens kvalitet och anpassa tjänsterna enligt exempelvis befolkningsstruktur och de behov av vård som finns i samhället. Exempel på det är det tidigare nämnda programmet

KASTE 2013–2015 och social- och hälsovårdsreformen som förkastades under Juha Sipiläs regeringstid (2015–2019). I *KASTE*-programmet (Social- och hälsovårdsministeriet, 2012) lyfts bland annat riskgruppernas möjligheter till delaktighet och förbättrade tjänster för barnfamiljer upp. Syftet med detta program var att förändra tjänsternas struktur och förbättra ledarskapet. Kärnan i arbetet och flera målsättningar finns kvar i den aktuella reformen och tas upp i Social- och hälsovårdsministeriets projekthandbok (2021). Däremot har huvudmålsättningarna omprioriterats något för att anpassas enligt hur situationen inom vården ser ut nu, nästan 10 år efter att *KASTE*-programmet publicerats.

Social- och hälsovårdsministeriets program (2021) bygger alltså på liknande principer som tidigare strategier för att förändra tjänsterna inom social- och hälsovården. Exempelvis centraliseringen av tjänster är ett förändringsförslag som tagits med även i denna reform. Däremot finns det aspekter som slopats eller ändrats om på grund av exempelvis medborgarnas missnöje. Medborgarnas missnöje med större reformer kan kopplas samman med Piersons (2000b) teori om stigberoende. Då medborgarna vant sig med ett visst tillvägagångssätt inom vården kan det försvåra större omstruktureringar då dessa kan anses försämra det system som redan finns och har funnits under en längre tid, exempelvis primärvården i kommunerna.

I programmet *Framtidens social- och hälsocentral 2020–2023* (Social- och hälsovårdsministeriet, 2021) lyfts fem centrala utvecklingsåtgärder upp: att förbättra tillgången till tjänster och göra dem mer rättvisa, att utveckla de förebyggande tjänsterna, att förbättra tjänsternas kvalitet och effektivitet, att främja samarbetet mellan olika sektorer och att göra tjänsterna mer kostnadseffektiva. Genom reformen av social- och hälsovården vill man enligt Social- och hälsovårdsministeriet (2021) förbättra den offentliga vården och dess status i Finland så att alla medborgare känner sig trygga och får den vård de behöver.

I programmet diskuteras missbrukarvården, som i denna avhandling togs upp i kapitel 2.1., och att tjänsterna inom detta område bör göras mer tillgängliga. Målsättningen är att man inom välfärdsområdena ska bli bättre på att definiera missbruksproblematik, till exempel i barnfamiljer och hos unga. Målet är att förebygga problematiken och på så vis avlasta vården. Man stävar också efter att ingripa i missbrukarproblematiken i ett tidigt skede hos barn och unga för att konsekvenserna och användning av rusmedel ska vara på en så låg nivå som möjligt. Detta vill man enligt Social- och hälsovårdsministeriet (2021) möjliggöra genom att sänka tröskeln till tjänster inom missbrukarvården och rehabiliteringen samt genom att informera i skolor och samarbeta med andra serviceproducenter med samma målsättningar. Därtill är syftet också att dämpa de höga kostnaderna inom missbrukarvården, det vill säga att göra tjänsterna mer kostnadseffektiva.

Som en del av programmet *Framtidens social- och hälsostation* (2021) har Social- och hälsovårdsministeriet också sammanställt en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention för perioden 2020–2030 (2020). Eftersom psykisk problematik ofta förknippas med missbruk, diskuteras omstrukturering av missbrukarvården mer ingående i denna strategi. I strategin diskuteras missbrukarvårdstjänsternas utveckling jämsides med utvecklingen av mentalvårdstjänsterna. Social- och hälsovårdsministeriet (2020) påpekar att kunskap om missbruk och hur det sammanlänkas till psykisk ohälsa bör förbättras. I strategin lyfts även regionala olikheter i ordnandet av missbrukarvården upp. I flera kommuner är missbrukarvården inte integrerad i övriga hälso- och sjukvårdstjänster, vilket leder till ojämlika förutsättningar för missbrukare att få vård. Slutligen har det också enligt Social- och hälsovårdsministeriet (2020) konstaterats att missbruk eller beroendeproblematik har en tydlig koppling till självmord och därför är det väsentligt att lyfta fram missbrukarvården också som en del av strategin för suicidpreventionen.

Som en del av den fjärde utvecklingsåtgärden i Social- och hälsovårdsministeriets program (2021), det vill säga att främja samarbetet mellan olika sektorer, betonas även mångprofessionalismen, vilket diskuterades i kapitel 2.2. Enligt Social- och hälsovårdsministeriet (2021) strävar man efter att förbättra samarbetet över sektorerna för att skapa en trygg och mångsidig vård samt stärka vårdkedjorna. Syftet med reformen är också att uppmuntra anställda till att använda sig av sektorövergripande samarbete och se fördelarna med det. Därför är målsättningen att förbättra möjligheterna till mångprofessionellt samarbete så att det ska kännas så tryggt och bekvämt som möjligt för inblandade parter. Även i Social- och hälsovårdsministeriets strategi om psykisk hälsa (2020) lyfter man fram det sektorövergripande samarbetet:

Samarbete behövs på flera plan: för det första måste olika förvaltningsområden, den offentliga, den privata och den tredje sektorn och det civila samhället i övrigt samarbeta och dra åt samma håll. För det andra behövs broar mellan arbetet för att främja psykisk hälsa och förebygga psykiatriska tillstånd och mellan sjukvården och rehabiliteringen. För att uppnå resultat behövs för det tredje ett intensivare samarbete mellan somatisk medicin och psykiatri, mellan företagshälsovård, primärvård och specialiserad sjukvård och mellan hälso- och sjukvård och socialvård. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2020)

Med andra ord lyfts det mångprofessionella och sektorövergripande arbetet upp i flera olika kontexter inom ramen för social- och hälsovård.

Gällande socialt arbete strävar man enligt Social- och hälsovårdsministeriet (2021) efter att integrera socialvården med hälso- och sjukvårdstjänsterna. Socialvården särskiljs i nuläget från hälso- och sjukvården genom att områdena exempelvis följer skild lagstiftning. I och med reformen av social- och hälsovården strävar man enligt ministeriets program efter att samarbetet

mellan områdena ska förbättras. Genom integrationen av områdena hoppas man även på att stigmatiseringen kring socialt arbete ska minska och tröskeln till tjänsterna ska bli lägre. Syftet med reformen är också att förbättra sakkunskapen inom socialt arbete och samtidigt betonas den evidensbaserade praktiken inom socialt arbete mer än någonsin. Precis som inom många andra områden betonas det förebyggande arbetet också inom socialt arbete och nyttan lågtröskeltjänsterna inom området.

Ovanstående projekt och strategier omfattar alla välfärdsområden i landet, men som tidigare nämnts har välfärdsområdena självstyre vilket kan leda till att förändringar i tjänsterna och vårdkedjorna förverkligas på olika sätt välfärdsområden emellan. I följande kapitel presenteras Österbottens välfärdsområden kortfattat och vilka omstruktureringar reformen medför i denna region.

2.4.2. Österbottens välfärdsområde

Vasa sjukvårdsdistrikt har enligt Vasa centralsjukhus hemsida (2019) sedan 1991 bestått av 13 ägarkommuner och erbjuder tjänster inom specialsjukvården. Sjukvårdsdistriktets kärna är Vasa centralsjukhus och i distriktet finns 10 enheter för hälsovård utspridda i kommunerna. I och med social- och hälsovårdsreformen övergår sjukvårdsdistriktet och all social- och hälsovård som erbjuds i området till Österbottens välfärdsområde. Österbottens välfärdsområde består enligt grundavtalets 2 § för Österbottens välfärdsområde av följande 13 kommuner (Vasa centralsjukhus, 2019): Jakobstad, Kaskö, Korsholm, Korsnäs, Kristinestad, Laihela, Larsmo, Malax, Nykarleby, Närpes, Pedersöre, Vasa och Vörå. Därtill hör Kronoby till Österbottens välfärdsområde, men inte till samkommunen för det. Kronoby kommer att använda sig av Mellersta Österbottens välfärdsområdes tjänster. Kommunernas verksamhet övergår till Österbottens välfärdsområde 1.1.2022, som en del av ett pilotprojekt inför uppdelningen av välfärdsområden. Däremot förblir verksamheten kvar i kommunerna tills vidare med eventuella omstruktureringar i personalen.

Målsättningarna för Österbottens välfärdsområde presenteras på Innokyläs hemsida för social- och hälsovårdsreformen (Parviainen, 2021). De fem huvudsakliga målsättningarna för välfärdsområdet bygger på tekniskt kunnande, tvåspråkighet, förbättrad bedömning av vårdbehov och mångprofessionellt samarbete. I Österbottens välfärdsområde strävar man efter att skapa en verksamhetsmodell baserat på de vårdbehov som finns i området. Därtill vill man skapa ett familjecenter som erbjuder olika tjänster för barn, unga och barnfamiljer.

I beredningen av Österbottens välfärdsområde följs riktlinjerna i programmen *Framtidens social- och hälsostation 2020–2023* (Social- och hälsovårdsministeriet, 2021). En av välfärdsområdets röda trådar är mångprofessionaliteten och på Vasa centralsjukhus hemsida påpekas följande: ”Då kompetensen från olika professionella förs samman i bedömningen och i beslutsfattandet som rör kunden blir det möjligt att genom mångprofessionellt samarbete erbjuda ett helhetsstöd för kunden.” (Vasa centralsjukhus, 2021). I välfärdsområdet vill man främja samarbetet mellan olika professioner genom att exempelvis införa egenvårdsteam och genom att göra tröskeln lägre att konsultera andra professioner inom vård.

Eftersom Österbottens välfärdsområde ännu är i startgroparna och fungerar som ett pilotprojekt, finns det bristfälligt material om välfärdsområdets verksamhet ännu. Verksamhetsområdesdirektör Kosti Hyvärinen (2021) påpekar att man inom den psykosociala verksamheten, som också innefattar missbrukarvården, inte kommer att se några större förändringar då verksamheten övergår till välfärdsområdet. Hyvärinen betonar mångprofessionellt samarbete och flexibilitet som utgångslägen då servicen övergår till välfärdsområdet. Carina Nähls (2021), socialdirektör för Österbottens välfärdsområde, menar att klimatet inom socialvården måste förbättras och socialarbetares välmående måste främjas då verksamheten övergår till välfärdsområdet. Nähls betonar också att socialvården måste bli mer synlig och verksamheten måste hitta en ny plats i välfärdsområdet då tjänsterna integreras med hälso- och sjukvården på ett annat sätt än tidigare.

Sammanfattningsvis kan man urskilja några centrala målsättningar med social- och hälsovårdsreformen och övergången till välfärdsområden. Dessa är tryggare och mer rättvis vård, förbättrade vårdkedjor, utvecklandet av expertis inom olika områden och mångprofessionellt arbete. Eftersom reformen ännu är i startgroparna finns det begränsad tillgång till litteratur och knapphändig forskning inom området. I skrivandets stund finns enbart målsättningar, riktlinjer och förhoppningar med reformen, vilket gör det svårt att producera en överskådlig bild över hur det i faktum kommer att se ut. Däremot har jag valt att inkludera reformen i min undersökning, trots ovisshet om hur denna kommer inverka på servicen. Jag vill däremot se hurdana förväntningar och förhoppningar respondenterna har på reformen och vilken information de tilldelats inför den.

3. Metod och material

I detta kapitel presenteras avhandlingens empiriska del. Först diskuteras valet av metod i två delar, insamlingen av material och analysen av det. Sedan diskuteras genomförandet av undersökningen och hur det insamlade materialet har analyserats. Slutligen presenteras studiens kvalitetsaspekter och forskningsetiska aspekter.

3.1. Val av metod

Syftet med avhandlingen är att undersöka hur socialarbetare kan hjälpa personer med missbruk och hur socialarbetare upplever att det mångprofessionella samarbetet med missbrukarvården fungerar. Missbrukarvården är en institution som tangerar många olika serviceområden och därför är ett mångprofessionellt arbetssätt nödvändigt för att tillgodose behoven hos missbrukarvårdsklienterna. Jag har också valt att se på hur tjänsterna och samarbetet påverkas av social- och hälsovårdsreformen och överföringen av tjänsterna till välfärdsområdet.

Jag har valt att använda mig av det kvalitativa tillvägagångssättet för att undersöka ovanstående. Jacobsen (2017, s. 20) beskriver den *kvalitativa forskningsansatsen* som följande: ”En *kvalitativ* ansats har som utgångspunkt att verkligheten är alltför komplex för att kunna reduceras till siffror, vilket innebär att man måste samla in informationen i form av *ord*, som ger en större nyansrikedom.” Kvalitativ forskning handlar enligt Fejes och Thornberg (2020) om att undersöka exempelvis upplevelser eller strukturer på ett djupare plan än vid kvantitativ forskning. Till kvalitativa forskningsmetoder hör enligt Bryman (2018) exempelvis kvalitativa intervjuer, observationsstudier och dokument som kan analyseras kvalitativt. Även bilder och musik kan analyseras kvalitativt.

Bryman (2018) delar in den kvalitativa forskningsprocessen i sex olika steg: generella forskningsfrågor som utgångspunkt, valet av relevant miljö och målgrupp att studera, insamling av data, tolkning av data, teoretiskt arbete och slutligen formulering av forskningsrapport. Enligt Jacobsen (2017) använder man sig ofta av ett urval, vars syfte är att representera den population man vill undersöka. Oftast handlar det om att fokusera på färre antal undersökningsenheter än vid kvantitativ forskning.

3.1.1. *Insamlingsmetod*

Utifrån studiens syfte och frågeställningar har jag valt att göra en kvalitativ studie eftersom jag samlar in subjektiva åsikter om ett relativt brett område där olika faktorer kan påverka svarens

utformning. I studien mäts alltså inte specifika aspekter utan målsättningen med studien är att låta respondenterna fritt svara på öppna frågeställningar som utformats utifrån studiens syfte.

Jag valde mellan att göra intervjuer eller en enkätstudie, men jag valde den senare metoden eftersom jag ville ha ett större urval av respondenter från min målgrupp, alltså socialarbetare. Socialarbetare befinner sig i en överbelastad arbetsposition och det kan vara svårt att hitta lämpliga tider för intervjuer. Därtill har covid-19 och restriktionerna på grund av detta påverkat valet av metod då finländarna har rekommenderats att begränsa sina kontakter. Slutligen påverkar även omstruktureringen av tjänsterna på grund av social- och hälsovårdsreformen och övergången till välfärdsområdet mitt val av metod. Reformen har medfört förändringar i ledarskapet och omstruktureringar i personalen, vilket i sin tur har inneburit mycket anpassning för personalen. För att få så många svar som möjligt och för att få en bred spridning av svar från olika områden inom ramen för socialt arbete valde jag därför att göra en kvalitativ enkätstudie framom intervjuer.

Enligt Bryman (2018) är fördelarna med enkätundersökningar att de är lätta att administrera och skicka ut åt en stor målgrupp. Jag har valt att göra enkäten med hjälp av enkätverktyget Google forms och bifoga hyperlänk till enkäten via e-post. E-posten har innehållit information om syftet med enkäten och viktig information om innehållet i den, såsom användningsområde för svaren och tidsbörda för respondenten. Bryman (2018) påpekar också att enkäter inte medför intervjuareffekten, det vill säga intervjuaren påverkar inte respondenternas svar. Därtill ställs frågorna i enkäten på samma sätt åt alla respondenter och på så sätt kan intervjufrågorna inte modifieras eller leda till olikheter på grund av intervjuarens ordval eller meningsuppbyggnad. Detta var en viktig aspekt för mig eftersom jag ville ställa samma frågor oavsett respondentens arbetsområde eller erfarenhet av att samarbeta med missbrukarvården. Bryman (2018) lyfter däremot fram att insamlingen av material begränsas då respondenter inte kan fråga om hjälp och den som undersöker inte kan ställa följdfrågor.

Esaiasson et al. (2017) påpekar att man genom enkätstudier samlar in svar från ett slumpmässigt urval av personer i en bestämd grupp. Detta kan, jämfört med exempelvis intervjuer, bidra till en mer generaliserbar representation av den bestämda målgruppen. Detta är något jag strävar efter i min undersökning. Jag försöker nå ut till alla potentiella respondenter i min målgrupp men räknar med att svarsandelen kommer vara relativt låg på grund av respondenternas tidsbrist.

Bryman (2018) påpekar att det finns flera nackdelar med enkätstudier. Insamlingen begränsas på så sätt att respondenterna inte kan fråga om hjälp och intervjuaren kan inte ställa följdfrågor. Dessutom är det viktigt att tänka på valet av frågor och antalet frågor i en enkät.

Öppna frågor kan enligt Bryman (2018) upplevas som svårtolkade och svåra att svara på. Exempelvis svarens längd kan utgöra ett hinder för respondenterna. Jag valde att använda mig av få frågor för att enkäten skulle kännas överkomlig att svara på för respondenterna. Frågorna behandlar enskilda ämnen med eftersträvan till att varken vara ledande eller för specifika för respondenten att svara på.

Jag valde att använda mig av öppna frågor i enkäten eftersom jag ville få så omfattande svar som möjligt och inte begränsa respondenternas svar på grund av slutna frågor eller färdiga svarsalternativ. Enligt Bryman (2018) finns det både för- och nackdelar med öppna frågor. De positiva aspekterna med öppna frågor är att respondenterna kan använda sig av sina egna ord och frågorna lämnar utrymme för mer omfattande svar och subjektiva tankar. Till de negativa aspekterna hör enligt Bryman (2018) att de öppna frågorna kan anses vara för krävande att svara på för respondenterna. Därtill bör svaren kodas när de analyseras, vilket kan vara tidskrävande för den som genomför undersökningen. Enligt Esaiasson et al. (2017) kan det vara givande att ha öppna frågor i en enkät trots att det är en arbetsbörda för den som genomför undersökningen. Esaiasson et al. (2017) påpekar emellertid att svaren kan vara svåra att tyda och längden på svaren kan vara varierande.

Esaiasson et al. (2017) lyfter fram att respondenterna inte begränsas av svarsalternativ vid öppna frågor och på så sätt kan svaren vara mer innehållsrika och nyanserade än vid slutna frågor med färdiga svarsalternativ. I mitt fall upplevde jag att öppna frågor var att föredra eftersom forskningen om det sociala arbetets betydelse inom ramen för missbrukarvård var bristfällig och jag ville göra utrymme för subjektiva tankar och åsikter i svaren. Jag ville inte låta teorin styra svaren utan undersöka hur socialarbetare upplever att samarbetet med missbrukarvården fungerar i praktiken, för att sedan koppla detta till teorin.

Jag valde att begränsa mina frågor till fyra öppna frågor och en femte fråga om eventuella tilläggsuppgifter som inte var obligatorisk att svara på (se Bilaga 1). Bryman (2018) påpekar att man ska undvika att ställa fler frågor i samma frågeställning eftersom det är lätt hänt att respondenten bara svarar på en fråga. I min enkät valde jag trots det att ställa två delfrågor om samma ämne. Exempelvis i den första frågan ombes respondenten både att svara på hur socialarbetare hjälper klienter med missbruk och vad de vanligaste utmaningarna är hos denna klientgrupp. Detta eftersom jag ville ge respondenten möjlighet att svara mer ingående på frågorna, i detta fall på klientarbetet.

Esaiasson et al. (2017) betonar att det är viktigt att tänka på frågornas ordningsföljd i enkätundersökningar och att frågorna följer en röd tråd. I min enkät har jag valt att först reda ut hur socialarbetare hjälper klienter med missbruk, sedan hur de upplever att samarbetet med

missbrukarvården fungerar för att slutligen gå in på social- och hälsovårdsreformen och hur den kan inverka på det hela. Esaiasson et al. (2017) påpekar, precis som Bryman (2018), att det är viktigt att inte göra enkäten för invecklad eller tidskrävande. Jag valde att använda mig av få frågor eftersom respondenterna besvarar dessa med egna ord.

Bryman (2018) påpekar att bortfall är en vanlig nackdel med enkätundersökningar, speciellt sådana som görs via webben. För att minska bortfallet är det enligt Bryman (2018) viktigt att förklara syftet med enkätundersökningen och varför man valt den specifika målgruppen. I min undersökning förklarar jag först kort i e-posten vad det är för undersökning och i början av enkäten förklaras syftet med undersökningen och hur enkäten är uppbyggd. Bryman (2018) menar också att en tydlig struktur och en lockande design gör att bortfallet blir mindre. Jag valde att inleda enkäten med basfrågor om respondenten för att sedan gå in på de öppna frågorna om ämnet. Därtill valde jag att enkäten skulle vara visuellt attraktiv genom att använda mig av färger och en omslagsbild.

Esaiasson (2017) betonar att det är viktigt att se över sina frågor i enkätundersökningar. Då man är insatt i ett ämne kan det vara svårt att veta hur andra upplever och tolkar frågeställningar. Jag valde att dela enkäten med några medstudenter, både sådana som studerar samma huvudämne och sådana som studerar något annat. Genom att göra det fick jag respons och utvecklingsförslag och kunde ändra frågeställningarna därefter innan jag skickade ut enkäten till min målgrupp.

3.1.2. Analyismetod

För att analysera de insamlade svaren i enkätundersökningen har jag valt att göra en kvalitativ innehållsanalys. Enligt Jacobsen (2017) är syftet med innehållsanalysen att se på det insamlade materialet och reducera det till mindre textenheter som fungerar som övergripande och meningsfulla enheter i undersökningen. Dessa enheter skapar mönster, vilka utgör grunden till undersökningens resultat.

Enligt Jacobsen (2017) utgår man ofta från ett eller flera teman i analysen. Dessa kan i sin tur utgå från den ursprungliga problemställningen eller forskningsfrågorna för studien. Jacobsen (2017) lyfter fram att innehållsanalysen börjar med att kategorisera textenheter i materialet. Kategorierna kan exempelvis utgå från en intervjuguide eller olika teman som behandlas under materialinsamlingen. Under analysprocessen genomförs flera kategoriseringar och man börjar med generella kategorier för att sedan gå allt djupare in på materialet och de utvalda textenheterna. Syftet är att skapa olika nivåer av kategorier som består av över- och

underkategorier. Jacobsen (2017) påpekar att det inte finns någon gräns på hur många kategorinivåer man ska ha, utan det styrs av materialet och hur detaljerad forskaren vill vara.

Det finns tre övergripande sätt att analysera materialet inom ramen för innehållsanalysen. Jacobsen (2017) påpekar att det finns flera olika typer av material och för att analysera dessa behövs olika tillvägagångssätt. Analysen kan enligt Fejes och Thornberg (2020) endera utgå från materialet, vilket kallas *induktiv ansats*, eller från teorin, vilket då handlar om en *deduktiv ansats*. Analysen kan också vara en blandning av dessa två, vilket kallas *abduktion*. I min analys har jag utgått från mina tre forskningsfrågor som fungerar som kategorier under den första kategoriseringen (deduktiv ansats). Efter det har jag valt att använda mig av öppen kodning (induktiv ansats) vilket enligt Jacobsen (2017) innebär att man samlar textenheter som liknar varandra eller betyder samma sak i samma grupper, alltså i kategorier. Med andra ord används en blandning av deduktiv och induktiv ansats, alltså abduktion.

Jacobsen (2017) lyfter fram att samma textenhet kan passa in under olika kategorier eftersom en textenhet kan tolkas på flera olika sätt. Då man har kategoriserat materialet i olika textenheter kan man enligt Jacobsen (2017) börja hitta samband och likheter i materialet, vilket innebär att man kan börja sammanställa resultat i den empiriska undersökningen. I detta skede är det enligt Jacobsen (2017) viktigt att den som genomför analysen har en god överblick över materialet och de kategorier som skapats. I kapitel 3.3. presenteras analysen av undersökningens material och hur jag tillämpat den kvalitativa innehållsanalysen på mitt insamlade material.

3.2. Genomförandet av undersökningen

Framöver diskuteras genomförandet av undersökningen, det vill säga hur det praktiska arbetet kring enkäten och insamlingen av materialet gick till. Min målgrupp i undersökningen är socialarbetare och jag har valt att begränsa undersökningen till Österbottens välfärdsområde. Socialvårdstjänsterna i Österbotten övergick till Österbottens välfärdsområde 1.1.2022, vilket gjorde det naturligt att begränsa studien till kommunerna inom detta område. Jag valde att exkludera Kronoby eftersom kommunen kommer att använda sig av Mellersta Österbottens välfärdsområdes tjänster och är därför inte relevant att inkludera i studien (se Österbottens välfärdsområde, 2022).

En annan aspekt till varför studien begränsats till Österbottens välfärdsområde är att missbrukarvården nationellt sett ordnas på olika sätt och tillgången till tjänster varierar i olika regioner. Syftet med välfärdsområdet är enligt Social- och hälsovårdsministeriet (2021) att

social- och hälsovård, exempelvis socialvård och missbrukarvård, samordnas och följer samma riktlinjer inom välfärdsområdets gränser. Vasa centralsjukhus, som mittpunkt i Vasa sjukvårdsdistrikt, har enligt Österbottens välfärdsområdes hemsida (2022) stått för en stor del av specialiserade tjänster inom ramen för hälso- och sjukvård samt för hälosocialt arbete inom somatik och psykiatri. Vasa stads service för mental- och missbrukarvård har enligt Vasa stads hemsida (u.å.) också använts av andra kommuner i välfärdsområdet exempelvis genom betalningsförbindelser eller genom avtalsförbindelser kommunerna emellan. Tjänsternas strukturering och karaktär bidrog därför till begränsningen av undersökningsområde till Österbottens välfärdsområde.

Enkäten gjordes med verktyget Google forms. I enkätens beskrivning presenteras syftet med undersökningen, etiska aspekter och aspekter gällande genomförandet av enkäten. Därtill lyfts det fram att deltagandet i enkäten är frivilligt och svaren behandlas konfidentiellt. Enkäten inleds med basfrågor om respondenten och övergår sedan till fyra öppna frågor om ämnet samt en femte öppen fråga om eventuella tilläggsuppgifter till studien (se bilaga 1). Välfärdsområdet är tvåspråkigt där både svenskans och finskans ställning är stark. Därför valde jag att göra enkäten i en svensk och en finsk version.

Enkätfrågorna valdes noggrant ut för att få svar på forskningsfrågorna och syftet. Jag valde att samla in följande basuppgifter om respondenten: kön, arbetstitel, arbetserfarenhet (aktiva år inom det sociala området), nuvarande arbetskommun och huvudsakligt arbetsområde. Detta för att kunna jämföra om dessa faktorer inverkar på svaren, exempelvis om det finns skillnader om man arbetar i en liten kommun jämfört med en större. Av konfidentiella skäl skrivs inte uppgifter om respondenterna ut i presentationen av resultaten eftersom respondenterna kan identifieras lätt på basen av dessa uppgifter.

De öppna enkätfrågorna består av två frågor om hur socialarbetaren hjälper klienter med missbruk och upplevelser av mängden socialt stöd som klienten ges. En fråga behandlar samarbetet med missbrukarvården ur socialarbetarens perspektiv och en fråga handlar om social- och hälsovårdsreformens inverkan på samarbetet och tjänsterna. Slutligen har även respondenterna möjlighet att lägga till information eller kommentera enkäten. Se bilaga 1 för enkätfrågor på såväl svenska som finska.

Kontaktuppgifter till socialvårdsenheterna hittades på kommunernas webbsidor (detta gjordes innan övergången till välfärdsområdet) eller genom att kontakta kommunernas växel. På grund av övergången till välfärdsområdet ändras hemsidornas informationsflöde och kontaktuppgifterna stegvis till socialarbetarna, vilket påverkade processen att nå ut till enheterna. I vissa fall hade redan nya e-postadresser kopplade till välfärdsområdet tagits i bruk

medan vissa ännu var kontaktbara på sin gamla e-post kopplad till kommunen. Forskningslov för studien beviljades av forskningsenheten vid Österbottens välfärdsområde.

Enkäterna skickades ut till samtliga kommuner i Österbottens välfärdsområde, först till ledande socialarbetare i större kommuner med anvisningar om att skicka ut enkäten till övriga anställda inom det egna teamet. I mindre kommuner skickades enkäten ut direkt till de anställda. Under två veckors tid skickades påminnelser för att få in fler svar på enkäten och sammanlagt var svarstiden tre veckor.

Syftet var att nå alla socialarbetare i Österbottens välfärdsområde oavsett arbetsområde och få en så stor geografisk spridning som möjligt. Det ursprungliga mejlet och påminnelserna skickades ut till över 50 potentiella respondenter. Eftersom enkäten skickades ut dubbelt åt vissa mottagare och mottagarna hänvisades att vidarebefordra den, var det omöjligt att svara på hur många potentiella respondenter den slutligen nådde. Totalt fick jag in åtta svar under tre veckors tid, vilket innebär att svarsprocenten är låg och undersökningen fick karaktären av ett delurval, vilket Esaiasson et al. (2017) påpekar att både kan vara slumpmässigt och icke slumpmässigt. I mitt fall handlar det främst om ett icke slumpmässigt urval, eftersom det är en specifik grupp med specifika särdrag som analyseras.

Den låga svarsprocenten kan förklaras med samma orsaker till att jag valde enkätstudie framom intervju, det vill säga respondenternas tidsbrist och faktorer kopplade till övergången till välfärdsområdet. Respondenterna kom däremot från såväl stora som små kommuner från områden i hela välfärdsområdet, respondenterna hade varierande arbetserfarenhet och representerade olika områden inom socialt arbete. Med detta sagt var variationen bland respondenterna stor och representerade socialarbetares åsikter väl trots att antalet respondenter var få och inga generaliseringar därför kan göras. Svaren behandlades anonymt och konfidentiellt. I informationen som skickats ut åt respondenterna lyftes det fram att svaren endast används för denna undersökning. Svarsdokumentet förvaras på min personliga dator, som ingen annan har tillgång till, och efter att studien genomförts så förstörs materialet.

3.3. Analys av materialet

Det insamlade materialet analyseras genom kvalitativ innehållsanalys med hjälp av programmet N'vivo (version 12). Jag kodade materialet genom abduktion, vilket enligt Jacobsen (2017) är en blandning av induktiv och deduktiv ansats. Med andra ord utgår kodningsarbetet dels från teorin och dels styr materialet kodningsarbetet. I min analys var det logiskt att utgå från forskningsfrågorna, som exempelvis Jacobsen (2017) rekommenderar att man gör, eftersom

forskningsfrågorna behandlar tre olika delar inom mitt undersökningsområde, alltså socialarbetarens stöd åt klienter med missbruk, mångprofessionellt arbete och social- och hälsovårdsreformens inverkan på tjänsterna och samarbetet.

I den första kodningsfasen kodade jag enkätsvaren enligt mina forskningsfrågor med koderna ”socstö” (socialarbetarnas stöd åt klienter med missbruk), ”mångprof” (det mångprofessionella samarbetet med missbrukarvården) och ”vårdref” (social- och hälsovårdsreformens inverkan på tjänsterna och samarbetet).

Efter att materialet kodats enligt forskningsfrågorna, inleddes den andra kodningsfasen. I denna fas kodades materialet under respektive forskningsfråga för att hitta meningsfulla textenheter och svar på forskningsfrågorna. Syftet med detta är enligt Fejes och Thornberg (2020) att analysera materialet och kunna dra generaliserbara slutsatser utifrån textenheter med liknande innehåll. I mitt fall var detta tillvägagångssätt lämpligt då respondenterna svarade med egna ord på frågorna och svarens innehåll, ordval och längd var mycket varierande.

Under den första forskningsfrågan angående socialarbetarens stöd till en klient med missbruk (”socstö”) hittade jag tre övergripande teman: olika typer av stöd som klienter erbjuds inom ramen för socialt arbete (”soctyp”), vilka förutsättningar och principer som finns i arbetet för (”sockrav”) och mängden socialt stöd som klienter erbjuds (”socmängd”). Svaren och koderna kopplade till den andra forskningsfrågan om mångprofessionellt arbete inom missbrukarvården hittade jag två övergripande teman, vilka är förutsättningar som finns för att samarbetet ska fungera (”förutsättningar”) och vilka utmaningar det finns med att arbeta mångprofessionellt (”utmaningar”). Den sista forskningsfrågans resultat delades in i förberedelser för (”förbered”) och förhoppningar (”förhopp”) om social- och hälsovårdsreformen.

3.4. Reliabilitet och validitet

Med *validitet* menar Esaiasson et al. (2017) att en studie bör stämma överens med teorin och att man analyserar det man påstår att man analyserar. Meningen är att man undviker systematiska fel i sin studie. Med *begreppsvaliditet* menas enligt Esaiasson (2017) möjligheten att använda sig av korrekta begrepp i studier. I min empiriska del har jag valt att skicka ut enkäten i en svensk och en finsk version eftersom jag vill nå ut till både svensk- och finskspråkiga socialarbetare inom det sociala området. Däremot finns det vissa olikheter mellan finska och svenska begrepp. Exempelvis svenskans *missbruk* som kan översättas till finskans *päihdeongelma*. Begreppet *missbruk* kan enligt Nationalencyklopedin (u.å.) omfatta missbruk

av droger, alkohol eller mat och kan definieras genom att sammansättas med dessa kategorier, exempelvis spelmissbruk. Det finska begreppet *päihdeongelma* är däremot en sammansättning av drog (päihde) och problem (ongelma), vilket inte omfattar exempelvis spelmissbruk som benämns *peliriippuvuus* på finska. Eftersom jag valt att fokusera främst på alkohol- och drogmisbruk i min studie valde jag trots det att använda finskas *päihdeongelma* framom andra termer.

Esaiasson et al. (2017, s. 58) beskriver *reliabilitet* som ”frånvaro av slumpmässiga eller osystematiska fel”. Detta tillsammans med god begreppsvaliditet utgör grunden för *resultatvaliditeten*, alltså om man mäter rätt aspekter i sin studie. För att uppnå en hög nivå av resultatvaliditet har jag noggrant gått genom begreppen i enkäten och försökt göra frågorna så innehållsmässigt lika som möjligt på finska och svenska. För att kontrollera att rätt aspekter ”mäts” i min studie valde jag att göra en pilotstudie. Esaiasson et al. (2017) beskriver en pilotstudie som en liten generalrepetition inför den riktiga händelsen med syfte att undvika större misstag. Enkäten testades på en pilotgrupp på 3 personer med olika bakgrunder, varav två svarade på den svenska versionen och en svarade på den finska versionen. Detta för att kontrollera att frågorna ställts på rätt sätt och att enkäten följer en tydlig struktur. Under pilotundersökningen framkom det svagheter i ordval och meningsuppbyggnader, vilket åtgärdades efter pilotundersökningen. Ingen av respondenterna i pilotundersökningen räknades in i den egentliga undersökningen.

Antalet respondenter i enkätundersökningen blev sammanlagt åtta, alltså var bortfallet stort och representationen av målgruppen var liten. Med bortfall menas enligt Bryman (2018) att potentiella respondenter faller bort ur studien genom att inte svara på undersökningen eller någon enskild fråga på grund av olika bakomliggande orsaker. Detta kan vara speciellt problematiskt med webbundersökningar. Ett stort bortfall bidrar till sämre trovärdighet och ett urval som inte är generaliserbart. I denna undersökning kan flera orsaker ha påverkat att bortfallet var stort. Som tidigare nämnts befinner sig socialarbetare i en stressig arbetsmiljö och på grund av det kan det vara svårt att hinna med att svara på enkäten. På samma sätt spelar omstruktureringarna i och med social- och hälsovårdsreformen in då denna medför oklarheter och inverkar på socialarbetarnas redan stressiga vardag. Därtill kan vissa socialarbetare uppleva att de inte har tillräckligt med erfarenhet om att samarbeta med missbrukarvården eller att de inte har något speciellt att säga om det, vilket delvis framkommer i respondenternas svar också.

3.5. Forskningsetiska aspekter

I avhandlingen har principen för god vetenskaplig praxis följts i enlighet med Forskningsetiska delegationens publikation (TENK, 2012). I undersökningen har undersökningssättet noggrant valts ut för ändamålet. Ansökan om forskningslov till Österbottens välfärdsområde har skickats in och godkänts. Frågorna i enkäten och behandlingen av svaren har gjorts på ett omsorgsfullt och konfidentiellt sätt. I enkätens anvisningar har deltagandets anonymitet och konfidentialitet lyfts fram i instruktionerna och respondenterna har hänvisats till att avstå från känsliga uppgifter i sina svar så att personer inte kan identifieras utifrån svaren. I enkätens anvisningar påpekas det också att svaren endast används i avhandlingen. Svaren ges inte vidare till någon obehörig eller delas vidare för användning hos någon inblandad organisation. Svaren har bevarats på min personliga dator bakom lösenord och efter att materialet använts raderas det. Deltagandet i undersökningen är frivilligt.

I enkäten fyller respondenterna i grundläggande uppgifter om sig själva, men för att bibehålla en viss nivå av anonymitet ombes respondenterna inte att uppge namn, ålder eller kontaktuppgifter. För att kartlägga åsikternas spridning ombes däremot respondenterna att uppge till exempel kön, arbetserfarenhet (år i arbetslivet) och arbetskommun. Detta eftersom dessa uppgifter kan användas i analysen för att jämföra hur dessa aspekter inverkar på respondenternas svar. I resultaten har jag valt att omnämna respondenterna som "Socialarbetare X" där X presenterar en personlig siffra som jag gett respektive respondent för att socialarbetarna inte ska bli igenkända på basen av sina svar.

4. Resultat

I detta kapitel presenteras studiens resultat och dessa sammankopplas med avhandlingens teoretiska referensram. Resultaten utgår från kodningsarbetet som gjorts genom kvalitativ innehållsanalys och presenteras nedan enligt avhandlingens tre forskningsfrågor.

4.1. Socialt arbete för klienter med missbruk

För att besvara den första forskningsfrågan, alltså hur socialarbetaren kan stöda en klient med missbruk, har jag valt att dela in resultaten i tre delar. Dessa tre delar är följande: hurdan stöd klienter med missbruk erbjuds inom ramen för socialt arbete, hurdana krav eller förutsättningar det finns för att arbetet ska fungera och slutligen hur socialarbetare upplever mängden socialt stöd som ges åt klienter med missbruk.

Typer av stöd som klienter med missbruk erbjuds inom ramen för socialt arbete

Till näst presenteras den första delen av forskningsfrågans resultat, det vill säga vilka typer av stöd klienter med missbruk erbjuds och kan ta del av inom ramen för socialt arbete. Enligt Saarnio et al. (2015) är problematiken inom missbrukarvården mångfacetterad och delas ofta in i fysisk, psykisk och social problematik. Den sistnämnda delen är den som man inom det sociala arbetet kan hjälpa till med. Flera respondenter i studien lyfter fram att klienter med missbruk är i behov socialt arbete och därför kompletterar socialt arbete missbrukarvårdstjänsterna, då fokuset inom området främst ligger på stöd inom ramen för hälso- och sjukvård (se exempelvis Kuusisto och Ranta, 2020). Oavsett om klienten har en egen socialarbetare eller inte görs ofta en kontaktbegäran till en socialarbetare eller till socialvården för att reda ut klientens situation, vilket följande socialarbetare beskriver:

”När en klient söker sig till missbruksvård, görs det oftast en kontaktbegäran till socialvården för en bedömning av servicebehov, alternativt om klienten har en egen socialarbetare/handledare redan sedan tidigare kontaktas hen för att kunna kontakta sin klient och kolla situationen.” – Socialarbetare 2

Respondenternas svar påvisar att missbruk påverkar en person och hans omgivning på många olika plan, vilket exempelvis Tiensuu (2014) också lyfter fram. Detta framkommer exempelvis i följande citat.

”Tyvärr hänger missbruksproblematik ofta ihop med övriga utmaningar, dessa kan vara psykiska sjukdomar, ekonomiska svårigheter, komplicerade människorelationer, bostadslöshet, arbetsförmåga och långtidsarbetslöshet.”
– Socialarbetare 7

Socialarbetaren kan hjälpa en klient med missbruk i många olika frågor. Den vanligaste typen av stöd som ges åt klienter med missbruk är enligt respondenterna ekonomiskt stöd. Därefter följer frågor om boende och sysselsättning samt frågor kring livshantering och klientens förmåga att klara sig självt. Respondenterna lyfter fram att problematiken är mycket individuell, vilket även Samposalo et al. (2017) påpekade. Detta betyder att vården kan se ut på många olika sätt när den skräddarsys enligt klientens behov.

”Som socialarbetare på ett socialkansli består arbetsuppgifter främst av att ta reda på vilka förmåner klienter har rätt till, bevilja att personen får den rätta missbrukarvården, hur tryggas boende, medicinering och ekonomi under vårdperioden.” – Socialarbetare 3

Krav och förutsättningar för att arbetet ska fungera

Jag har valt att se på hurdana krav det finns på tjänsterna och på de anställda samt förutsättningar för att klientarbetet ska fungera smidigt, i detta fall ur socialarbetarnas synvinkel. Detta utgör den andra delen av forskningsfrågans resultat. Följande resultat har framkommit i respondenternas svar: socialarbetarnas förmåga att se på klientens helhetssituation, socialarbetarens kunskap om serviceområdet och hurdana tjänster som kan erbjudas, möjligheten till lågtröskeltjänster, kontinuitet i arbetet, god förmåga att använda sig av arbetsmodeller och arbetsmetoder i klientarbetet.

Socialarbetaren är ofta den som känner till klientens helhetssituation och kan kontakta andra inblandade parter i ett klientfall, vilket ett flertal respondenter i studien lyfter fram. Detta lyftes även upp i teoriavsnittet (se exempelvis Gray och Webb, 2012). Möjligheten att se klienten som en del av en större helhet kan ha en positiv inverkan på klientarbetet och fokusen på själv problemet i sig blir mindre.

”Uppmärksamma helhetsbilden och inte enbart missbruket, även se hur missbruket påverkar andra livsområden.” – Socialarbetare 6

Genom vägledning bland tjänsterna samt handledning och rådgivning i olika frågor är socialarbetarens roll att hitta rätt typ av tjänster åt klienten och bygga upp ett stödnätverk runt

klienten. Majoriteten av respondenter påpekar att det är viktigt att klienterna hänvisas till rätt tjänster som passar hen eftersom det finns mycket tjänster att välja mellan.

”Vid behov begärs drogkartläggning via missbrukartjänsterna för att rikta in sig på rätt hjälp och vård.” – Socialarbetare 1

I studien lyfter respondenterna fram vad de anser är viktigt att tänka på gällande service åt klienter med missbruk. För klienter med missbruk, precis som andra klientgrupper, är lågtröskeltjänster betydande, och i många fall avgörande, för att klienter ska ta sig till vården. Kontinuitet och regelbundenhet bidrar till bättre stöd för klienterna vilket även Sandström (2020) lyfter fram. En respondent påpekar att en realistisk plan för klienten är viktig för att vården ska fortgå. Detta lyftes även fram i exempelvis Tiensuu (2014).

”Jag tror det finns många kunder med missbruk som inte tar kontakt med vuxensocialarbete för att söka hjälp med exempelvis ekonomiska svårigheter (vilket brukar vara en vanlig orsak till besök hos vuxensocialen), och här skulle det behövas hjälp på gräsrotsnivå - mer som uppsökande socialarbete, eller någon form av service på gräsrotsnivå var de kan med låg tröskel komma och hämta mat t.ex. och på samma plats få hjälp med praktiska frågor och också hänvisning/stöd i att ta kontakt med vuxensocialen.” – Socialarbetare 5

En del respondenter påpekar att det är lättare att fånga upp klienter som redan har eller har haft kontakt med det sociala arbetet tidigare. Då är det även lättare att erbjuda klienten olika stödformer eftersom klienten redan genomgått eventuella kartläggningar och testat på olika stödformer tidigare, vilket följande socialarbetare har lyft fram:

”Om kunderna har en kontakt till missbrukarvården så är det lättare att koppla in olika former av socialt stöd, i och med att de redan är "uppfångade".” – Socialarbetare 5

Flera respondenter lyfter fram att det ur anställdas synvinkel är betydelsefullt att socialarbetare och andra yrkesutövare behärskar olika verktyg och arbetsmodeller som kan användas med klienter med missbruk. Respondenterna påpekar att kunskap om missbruk och problematiken kopplad till det är betydande oavsett arbetsområde inom socialt arbete. Därtill bör socialarbetare kunna sätta en klient på plats och vara beredd på att en konflikt kan uppstå, vilket kan vara utmanande. Följande två citat påvisar detta.

”Självklart ska det finnas kunskap om, skolning om och förståelse för missbrukssjukdomen och modet att sätta klienten på plats. Olika verktyg som används för interventioner, [till exempel] motiverande samtal, professionell kompetens för interaktion.” – Socialarbetare 1

”Jag tror dock att flera yrkesgrupper skulle behöva mera information om missbruksproblematik för att kunna erbjuda tillräckligt stöd. Jag känner också själv att jag kunde ha nytta av att ha mera verktyg för att ingripa i ett missbruk.”
– Socialarbetare 7

Mängden socialt stöd som klienter med missbruk erbjuds

Till den tredje delen av forskningsfrågans resultat har jag valt att se på mängden socialt stöd som klienter med missbruk erbjuds. Undersökningen påvisar att mängden socialt stöd anses vara tillräcklig ur socialarbetarnas synvinkel och att det finns olika typer av stöd att välja bland, vilket innebär att det finns något som passar alla klienter oavsett deras livssituation.

”Jag tycker att från en klients synvinkel finns det många stödformer att tillgå, så länge individen själv är villig att ta emot hjälp.”– Socialarbetare 2

Flera respondenter lyfte däremot fram däremot att det sociala stödet är frivilligt att ta emot och hjälpen ges på klientens egna villkor. Detta kan vara en utmaning om en klient inte anser sig vara i behov av stöd. Många klienter är starkt påverkade av sitt missbruk och ser därför inte att andra viktiga aspekter i deras liv åsidosätts, vilket Heilig (2019) påpekade. Respondenterna för fram att de flesta klienter med missbruk gynnas av socialt arbete, men det är viktigt att missbruket åtgärdas innan fler tjänster erbjuds åt klienten, vilket bland annat framkommer i följande citat.

”Tyvärr förekommer det relativt ofta att en person som missbrukar inte är färdig att bli kvitt med sitt missbruk vilket gör det väldigt utmanande att hjälpa klienten.”– Socialarbetare 7

”Mycket bygger på klientens egna vilja och kommer inte klienter på exempelvis uppföljningssamtal inom eftervården så är det sällan som detta meddelas till socialarbetaren och på så vis är det svårare att fånga upp klienten och utreda klientens mående.”– Socialarbetare 3

Några respondenter lyfter fram att tillgången till det sociala stödet styrs till stor del av socialarbetarens arbetsmängd och det finns ojämlikheter i tillgången till socialt arbete på många håll i Österbottens välfärdsområde. Det handlar främst om hur många socialarbetare det finns i förhållande till antalet klienter.

”I alla kommuner finns det inte tillräckligt med anställda eller, på motsvarande sätt, där det finns är det så stor arbetsmängd att man inte hinner stanna i ett enskilt klientfall.”– Socialarbetare 8

I studien framgår det att det vore önskvärt att missbrukarvårdsenheter har egna socialarbetare som kunde ingripa i ett tidigt skede i en klients situation och som skulle vara specialist i frågor kring socialt arbete kopplat till missbruk. Detta framkommer exempelvis i följande citat: *"... det skulle vara fint med en socialarbetare på missbrukarcentern."* (Socialarbetare 7). Följande respondent lyfter även fram att det finns en socialarbetare som behandlar frågor kring mental- och missbruksproblematik och som fungerar som en länk till ortens missbrukarvårdsenhet:

"Vi har en socialarbetare inom vuxensocialen som arbetar specifikt med missbruk och mentalvård, med de klienter som behöver serviceboende, och jag upplever att det möjliggör ett bättre samarbete med missbrukarvården i och med att hon ofta fungerar som en länk mellan vuxensocialen och missbrukarvården."
– Socialarbetare 5

Sammanfattningsvis påvisar studien att det sociala arbetet har en viktig betydelse för klienter med missbruk. Exempelvis Kuusisto och Ranta (2020) påpekar att missbrukarvården alltmer medikaliseras och vårdformerna genomsyras av hälso- och sjukvård. Trots det påvisar resultaten att klienter med missbruk har stor nytta av det stöd som kan fås inom ramen för socialt arbete, vilket exempelvis framkommer i följande citat: *"Missbrukarvården är inte tillräcklig, den måste kompletteras med socialt arbete."* (Socialarbetare 6).

4.2. Mångprofessionellt arbete inom missbrukarvården ur socialarbetarens synvinkel

Inom ramen för denna forskningsfråga har jag på basen av respondenternas svar kommit fram till två övergripande teman: förutsättningar för att mångprofessionellt samarbete ska fungera och utmaningar med att arbeta mångprofessionellt. Detta sett ur socialarbetarens synvinkel och i kontexten för missbrukarvården. Flera respondenter lyfter fram att mångprofessionellt samarbete är en förutsättning för att man inom missbrukarvården ska kunna erbjuda ändamålsenliga tjänster, vilket exempelvis lyfts fram i Samposalo et al. (2017). Detta på grund av den mångfacetterade problematiken som tangerar många olika områden. Se exempelvis Hannula (2009) som betonar att en person kan ha klientskap inom flera olika områden samtidigt. Följande respondent lyfter fram att samarbetet sker med flera olika instanser.

"Mångprofessionellt samarbete är en central del av arbetet. Samarbete görs med bland annat missbrukarvården, läkare och övrig vårdpersonal, socialvården, tebyrå och intressebevakare." – Socialarbetare 7

Enligt de flesta respondenter i undersökningen fungerar det mångprofessionella samarbetet bra inom välfärdsområdet, även innan tjänsterna överförts till välfärdsområdets regi. Detta lyfter bland annat denna socialarbetare fram: *”Överlag tycker jag att samarbetet fungerar bra på en liten ort.”* (Socialarbetare 3). Någon enstaka respondent påpekar däremot att det finns brister i samarbetet, vilket framkommer i följande citat: *”För långa köer och oflexibelt och stelt.”* (Socialarbetare 6). Dessa brister är något som kan bli aktuellt att förbättra i och med social- och hälsovårdsreformen, vilket även lyfts fram i denna studie (se kapitel 2.4. och 4.3.).

Förutsättningar för att arbeta mångprofessionellt

Förutsättningarna för att det mångprofessionella samarbetet ska fungera är många. Exempelvis Brante (2014) lyfter fram att man måste kunna respektera varandras professionalitet och skapa tillit mellan inblandade parter då man arbetar mångprofessionellt. Detta framkommer även i exempelvis följande citat

”Jag tycker att samarbetet fungerar bra och vi respekterar varandras professionalism.” – Socialarbetare 1

En respondent i studien lyfter fram att personalen bör vara kunnig och förmå att arbeta på ett professionellt sätt för att samarbetet ska löpa på smidigt. En annan respondent påpekar att man med låg tröskel bör kunna konsultera andra yrkesgrupper. Därtill är gemensamma nätverksmöten en god förutsättning för att samarbetet ska fungera. Under nätverksmötena kan samarbetet ske i samma tid och rum och då kan inblandade parter diskutera och uppdatera varandra om exempelvis ett klientfall. Slutligen bör gemensamma ideologiska principer och riktlinjer följas, eftersom det bidrar till mer enhetlighet i arbetet. Detta gäller både anställda emellan och mellan olika områden inom ramen för ett välfärdsområde.

”En kunnig drogläkare är väldigt viktigt och ideologiska principer inom området måste vara lämpliga. Gemensamma värderingar och tankar exempelvis om substitutionsvårdens riktlinjer är nödvändiga” – Socialarbetare 3

Utmaningar med det mångprofessionella arbetet

Brown et al. (2011) lyfter fram tre centrala utmaningar med mångprofessionellt arbete: okunskap om sina medarbetares roller, begränsad förståelse för andras kunskapsområden och utmaningar kopplade till ansvarstagandet i praktiken. Liknande utmaningar lyfts även fram i

respondenternas svar. En respondent påpekar att man inte uppskattar varandras arbete tillräckligt, vilket kan tolkas ha en negativ inverkan på samarbetet. Respondenten berättar följande: ”... än så länge ser jag brister i uppskattningen av andras arbete.” (Socialarbetare 8).

Några respondenter lyfter fram att arbetet och ansvarsfördelningen kan bli oklar om många parter är iblandade i ett klientfall. Detta kan däremot påverkas genom att hålla inblandade parter uppdaterade om arbetet eller exempelvis hålla nätverksmöten, som nedanstående respondent lyfter fram i sitt svar.

” Det blir genast svårare om det är många samarbetspartners inkopplade i samma ärende/klient. Då är det ännu viktigare med nätverksmöten där alla hör vad som sägs och överenskommets.” – Socialarbetare 3

Därtill lyfter också en respondent upp att socialarbetarens roll i missbrukarvårdskontexten lätt faller i skymundan eftersom det inte finns en tydlig struktur i arbetet, exempelvis i vilka ärenden eller i vilket skede en socialarbetare ska konsulteras. Bland annat Juhila (2008) påpekar att socialarbetarens roll i missbrukarvårdens servicekedja blivit otydligare sedan servicen medikaliserats.

”Jag anser även att den sociala biten kunde beaktas bättre inom missbrukarvården...” – Socialarbetare 7

Sammanfattningsvis upplever de flesta respondenter att det mångprofessionella samarbetet fungerar bra inom missbrukarvården. Däremot tas även utmaningar och problem upp i respondenternas svar. Dessa aspekter är något som exempelvis kunde lyftas fram då tjänsterna förändras under social- och hälsovårdsreformen, som diskuteras till näst.

4.3. Social- och hälsovårdsreformens inverkan på tjänsterna inom ramen för socialt arbete och missbrukarvård

Den tredje och sista forskningsfrågan i avhandlingen berör social- och hälsovårdsreformen och överföringen av tjänsterna från kommunerna till välfärdsområdet. Eftersom Österbottens välfärdsområde inlett sin pilotverksamhet 1.1.2022 (se Österbottens välfärdsområde, 2022), hade verksamheten inletts endast några veckor innan avhandlingens empiriska del genomfördes. I och med att välfärdsområdets verksamhet fungerar som ett pilotförsök kvarstår mycket oklarheter och frågor då verksamheten inleddes och vid sammanställandet av denna avhandling. Detta bestyrker även respondenternas svar i undersökningen och respondenternas

förmåga att svara på frågan om hur tjänsterna kommer att ändras i och med reformen och framkommer exempelvis i följande citat.

”Det är omöjligt att säga i detta läge, finns så många frågetecken kring hur olika service ordnas” – Socialarbetare 2

Trots att respondenterna inte kunde ge något konkret svar på hur de tror att tjänsterna inom missbrukarvården och samarbetet mellan missbrukarvården och det sociala arbetet ändras, förde flera respondenter fram förhoppningar och förväntningar på hur reformen kunde förändra detta. Flera respondenter framförde att de hoppas på att tjänsterna blir mer enade och smidiga samt att riktlinjerna för exempelvis substitutionsvård och eftervård inom missbrukarvården skulle förbättras.

” Det är svårt att förutspå hur välfärdsreformen kommer att ändra samarbetet men jag önskar att det blir smidigare och tjänsterna förenas bättre. Jag tror att reformen kommer att göra klienternas ställning i olika kommuner mera jämlik. Förhoppningsvis blir mängden tjänster större och det är lättare att hitta passlig vård/service utgående ifrån klientens individuella behov. Hittills har mindre kommuner kunnat ha svårt att erbjuda t.ex. serviceboende för rehabiliteringsklienter. I fortsättningen borde alla dock ha tillgång till samma service oberoende av hemkommun.” – Socialarbetare 7

Några respondenter hoppades även på att samarbetet skulle bli bättre, vilket i sin tur skulle förbättra vården och tjänsterna. En respondent lyfte exempelvis fram missbrukarvårdens eftervård, som anses vara bristfällig enligt flera respondenter: *”Alltså mera samarbete inom eftervården eftersträvas”*, menar Socialarbetare 3.

Eftersom Österbottens välfärdsområde till ytan sett är ett stort område med både större städer och många små byar ute på landet hoppades en del respondenter att detta tas i beaktande i reformen. Respondenterna som lyfte fram detta arbetade på mindre orter där all service inte fanns att tillgå på samma ort. Jämlik vård trots långa avstånd önskas och en respondent lyfte även upp att tjänsterna kunde bli mer mobila.

”Jag hoppas att det kommer att finnas mera "mobila" stödtjänster. Att inte allt kommer att finnas i större städer. För en klient inom missbrukarvården kan det vara avgörande för eftervården att ex. samtalsstödet finns på hemmaplan. Långa förflyttningar, kanske utan körkort, försvårar tillfrisknandet avsevärt.”
– Socialarbetare 3

Sammanfattningsvis verkar respondenterna ha en positiv syn på reformen, trots att det i startskedet ännu finns mycket oklarheter och frågetecken kring hur tjänsterna ska förändras.

Flera respondenter svarade kortfattat att de hoppas att läget förbättras, utan att nämna mer ingående vilka tjänster som kunde förbättras. Detta säger exempelvis följande respondent: ”Återstår att se [*hur tjänsterna förändras*], *förhoppningsvis mot det bättre...*” (Socialarbetare 8).

5. Diskussion

Syftet med avhandlingen är att redogöra för och öka förståelsen för missbrukarvårdens struktur och mångprofessionella arbetsmodell, främst ur socialarbetarens synvinkel. Socialarbetaren har ofta en betydande roll i missbrukarvårdens rehabiliteringsprocesser, men ofta är det inte så självklart vad socialarbetaren ansvarar för i praktiken. Detta bestyrker även respondenternas svar i undersökningen. Enligt respondenterna är gynnas klienter med missbruk av socialt arbete och det är viktigt att samarbetet med missbrukarvården fungerar.

Framöver förs en diskussion i två delar, resultat- och metoddiskussion, och avhandlingen avrundas med en avslutande diskussion och förslag till fortsatt forskning. I resultatdiskussionen framförs resultaten och de slutsatser som kunnat dras på basen av dessa samt vilka svar som getts på avhandlingens tre forskningsfrågor. I metoddiskussionen reflekterar jag kring den valda metoden och hur denna format avhandlingens empiriska del.

5.1. Resultatdiskussion

I föregående kapitel, resultatkapitlet, delades forskningsresultaten upp enligt avhandlingens tre övergripande forskningsfrågor och således delas resultatdiskussionen upp på samma sätt. Mot slutet av resultatdiskussionen diskuteras resultaten på en allmän nivå för att sammankopplas med avhandlingens syfte.

Respondenterna som deltagit i avhandlingens studie är enade om att socialt arbete fyller en viktig roll i servicekedjan för klienter med missbruksproblematik, vilket också Tiensuu (2014) och Heilig (2019) lyfter fram. De flesta respondenterna påpekar att det finns mycket olika tjänster att tillgå och att det finns något som passar alla klienter. Däremot gäller det att skraddarsy servicen enligt klientens individuella situation, behov och problematik. Respondenterna upplever att klienterna erbjuds tillräckligt med socialt stöd. Det sociala stödet ges på klienternas villkor och om klienten själv upplever att hen inte är i behov av socialt arbete behöver hen inte ta emot det, trots att exempelvis en närstående eller en socialarbetare bedömt att det skulle gynna klienten. Därtill styrs klientens tillgång till socialt stöd av arbetsbördan hos socialarbetare och socialarbetarnas kunskap om missbrukarvården. Flera respondenter påpekar att det är viktigt att anställda har kunskap om hurudan service det finns och behärskar arbetsmetoder och arbetsmodeller som kan användas med klienter med missbruksproblematik.

Angående det mångprofessionella arbetet inom ramen för missbrukarvård lyfter respondenterna både fram positiva och negativa upplevelser. Respondenterna påpekar att det mångprofessionella arbetet är ytterst viktigt inom området då missbrukarvården tangerar flera olika arbetsområden och olika yrkesrollers expertis sammanflätas för att erbjuda en högkvalitativ vård (se exempelvis Samposalo et al.,2017). Förutsättningarna för att samarbetet ska fungera är att man respekterar varandra och det finns kunnig personal samt att man med låg tröskel kan konsultera andra anställda. Om arbetet inte är strukturerat kan det leda till ottydligheter och brister i ansvarstagandet, exempelvis om många parter är inblandade i ett klientfall. På basen av respondenternas svar är det mångprofessionella arbetet etablerat inom ramen för socialt arbete och missbrukarvård. Däremot finns det aspekter som kunde förbättras, exempelvis socialarbetarens roll i missbrukarvårdskedjan och metoder för att konsultera andra yrkesgrupper kunde uppdateras.

Eftersom social- och hälsovårdsreformen under Sanna Marins regeringsperiod medför omstruktureringar i både det sociala arbetet och missbrukarvården valde jag att lyfta fram detta i min avhandling. Reformen och övergången av tjänsterna till välfärdsområdets regi hade påbörjats endast några veckor vid genomförandet av avhandlingens empiriska del, vilket invercade på respondenternas förmåga att svara på hur de tror att reformen förändrar strukturerna i arbetet. Till stor del bestod respondenternas svar av spekulationer och förhoppningar på förändringar inom vården. Det har under en längre tid funnits målsättningar med reformen och även en del konkreta förändringar som reformen medför. Däremot avspeglades inte dessa desto mer i respondenternas svar. I respondenternas svar framkom det inte heller hur väl förberedda verksamheten och anställda var på att genomgå en så stor strukturförändring som reformen faktiskt innebär.

Syftet med avhandlingen är att gå djupare in på socialarbetarens roll i strukturen för den mångprofessionella missbrukarvården samt hur social- och hälsovårdsreformen inverkar på arbetet. Jag valde att se på detta ur socialarbetarens synvinkel för att föra fram hur de upplever detta. I studiens resultat framkommer det att klienter med missbruk gynnas av socialt arbete och att det fyller en viktig roll i servicekedjan för missbrukarvård. Missbrukarvården i sig utgör är en utmanande arena, där flera olika arbetsområden sammansvetsas och mångprofessionellt arbete är en nödvändighet. I resultaten framkommer det brister i samarbetet mellan det sociala arbetet och missbrukarvården, såsom bristande kommunikation och utmaningar kopplat till ansvarstagande, speciellt då många anställda är inblandade i ett klientfall. Detta tillsammans med andra aspekter kan förändras genom social- och hälsovården, vilket flera socialarbetare i studien hoppas på. Österbotten är geografiskt sett ett utmanande landskap där stad och

landsbygd möts på en stor yta. Detta är något som speglas i några respondenters svar och de hoppas på att social- och hälsovården ska ges på lika grunder och att tillgängligheten till vården ska förbättras.

Studien besvarades av socialarbetare från flera håll i Österbottens välfärdsområde och respondenterna hade varierande arbetserfarenhet inom ett flertal olika arbetsområden inom ramen för socialt arbete. De som lyfte upp tillgänglighetsaspekterna och lika vård oberoende stad eller landsbygd arbetade däremot i landsbygdskommuner där avstånden till service och tjänster är längre. I övrigt hade ovanstående egenskaper ingen signifikant inverkan på svaren.

5.2. Metoddiskussion

Jag använde mig av en kvalitativ enkätundersökning för att samla in material eftersom restriktionerna på grund av covid-19 och socialarbetarnas stora arbetsbelastning försvårade möjligheterna till att exempelvis genomföra intervjuer. Därtill bidrog den nyliga övergången av tjänsterna till välfärdsområdet till valet av metod. Över lag fungerade tillvägagångssättet att samla in material bra. Respondenterna besvarade frågorna med egna ord, vilket bidrog till intressanta svar där den enskilda respondentens åsikter och tankar framkom.

Materialinsamlingsmetodens svagheter är att det var svårt att få in svar och att jag inte hade möjlighet att ställa tillägsfrågor till respondenternas svar. En enkätundersökning som skickats ut per e-post glöms lätt bort och bortfallet är generellt sett stort vid dessa typer av undersökningar. Detta märktes även i min undersökning, trots att jag även skickade ut ett flertal påminnelser per e-post. En av de potentiella respondenterna gav även återkoppling på e-post att de har för stor arbetsbörda för tillfället och har inte möjlighet att delta i undersökningar för tillfället. På grund av det stora bortfallet var respondenterna som slutligen deltog i undersökningen få, vilket innebär att jag på basen av svaren inte kan generalisera dessa. Däremot hade svaren en stor geografisk spridning i Österbottens välfärdsområde, vilket bidrog till god representativitet av socialarbetares upplevelser av arbetet med klienter med missbruk och samarbetet med missbrukarvården.

Sammanfattningsvis kunde en annan insamlingsmetod föredras vid en liknande undersökning, exempelvis intervju eller fallstudie. På grund av omständigheterna var däremot denna metod för materialinsamlingen lämplig. Enkätfrågorna var utvalda så de svar respondenterna gav på frågorna besvarade avhandlingens forskningsfrågor, vilket i sin tur gjorde att syftet med avhandlingen uppnåddes.

5.3. Avslutande diskussion och förslag till fortsatt forskning

För att sammanfatta avhandlingen vill jag lyfta fram att socialarbetarens roll i missbrukarvården är något otydlig, trots att det sociala arbetets roll för klienter med missbruk är viktig, i många fall nödvändig, och kompletterar den vård klienterna erbjuds från missbrukarvården. I undersökningen framkommer det att samarbetet mellan missbrukarvården och det sociala arbetet kunde förbättras, vilket är något som kunde åtgärdas genom social- och hälsovårdsreformen. Då kunde även socialarbetarnas roll förtydligas i missbrukarvårdskedjan. Dessa två tjänster kunde även integreras bättre och det sociala arbetet kunde bli en större del av missbrukarvården.

Vid sammanställandet av avhandlingen finns det mycket outforskat kring socialarbetets koppling till missbrukarvården. Detta märktes tydligt vid litteratursökningen inför avhandlingens teoretiska del. Forskningen kring social- och hälsovårdsreformen samt införandet av välfärdsområden var nästan obefintlig, vilket är förståeligt eftersom detta är något som endast är i startgroparna. I fortsatt forskning om det sociala arbetets roll inom ramen för missbrukarvård kunde det vara intressant att se hur tjänsterna för missbrukarvårdsklienter kunde utvecklas, då med betoning på det sociala arbetet. Detta kunde exempelvis göras genom att undersöka socialarbetarnas upplevelser av arbetet med klienter med missbruksproblematik och jämföra detta med klienternas upplevelser. På detta sätt kunde denna viktiga hörnsten, alltså missbrukarvården, i det sociala trygghetssystemet utvecklas och bli mer ändamålsenlig.

Litteratur

Arajärvi, M. L; Mönkkönen, K; Kekoni, T. & Toikko, T. (2020). Sosiaalityön psykososiaalinen asiantuntijuus nuorisopsykiatrian moniammatillisen työyhteisön määrittelemänä. *Janus Sosiaalipolitiikan Ja sosiaalityön Tutkimuksen Aikakauslehti*, 28(4), s. 357–373.

Barr, N. (2013). *Evaluation of the Finnish pension system: Part 1, The pension system in Finland: adequacy, sustainability and system design*. Finnish Centre for Pensions.

Branco, F. J. (2016). The circle of social reform: The relationship social work-social policy in Addams and Richmond. *European journal of social work*, 19(3-4), s. 405-419.

Brante, T. (2014). *Den professionella logiken: Hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapssamhället*. Liber.

Brown, J; Lewis, L; Ellis, K; Stewart, M; Freeman, T. R. & Kasperski, M. J. (2011). Conflict on interprofessional primary health care teams - can it be resolved? *Journal of interprofessional care*, 25(1), s. 4–10.

Bryman, A. & Nilsson, B. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder* (Upplaga 3.). Stockholm: Liber.

D'Amour, D; Ferrada-Videla, M; San Martin Rodriguez, L & Beaulieu, D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, 19(Supplement 1), s. 116–131.

Droglänken. (u.å.). Vem är berättigad till tjänster inom missbrukarvård?. Hämtad 25.2.2021, från <https://paihdelinkki.fi/sv/sok-hjalp-och-stod/tjanster-missbrukarvard/vem-ar-berattigad-till-tjanster-inom-missbrukarvard>.

Engdahl, O & Larsson, B. (2006). *Sociologiska perspektiv: grundläggande begrepp och teorier*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson-Zetterquist, U. (2009). *Institutionell teori – idéer, moden, förändring*. Malmö: Lieber.

Esaiasson, P; Gilljam, M; Oscarsson; Towns, A H. & Wägnerud, L. (2017). *Metodpraktikan: Konsten att studera samhälle, individ och marknad* (Femte upplagan.). Stockholm: Wolters Kluwer.

Fejes, A. & Thornberg, R. (2019). *Handbok i kvalitativ analys* (Upplaga 3.). Liber AB.

Finlands FN-förbund. (u.å.). *YK ihmisoikeustoimijana*. Hämtad 8.3.2021, från <https://www.ykliitto.fi/yk-teemat/ihmisoikeudet/yk-ihmisoikeustoimijana>.

Forskningsetiska delegationen. (2012). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. Forskningsetiska delegationens anvisningar 2012*, s. 16–27. Hämtad 5.1.2022, från https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Gray, M. & Webb, S. (2012). *Social Work Theories and Methods*. London: SAGE Publications.

Grönholm, N. (3 maj, 2019). *Droganvändning smyger in i studiekretsarna i Vasa: ”Allt fler studerande är öppna för att använda droger”*. Svenska Yle. Hämtad 5.2.2021, från <https://svenska.yle.fi/artikel/2019/04/30/droganvandning-smyger-in-i-studiekretsarna-i-vasa-allt-fler-studerande-ar-oppna>.

Hannula, M. (20 oktober, 2009). *Verkostotyö*. Droglänken. Hämtad 23.1.2021, från <https://paihdelinkki.fi/sgn/node/350>.

Heather, N; Hönekopp, J & Smailes, D. (2009). Progressive stage transition does mean getting better: A further test of the Transtheoretical Model in recovery from alcohol problems. *Addiction (Abingdon, England)*, 104(6), s. 949–958.

Heilig, M. (2019). *Beroendetillstånd*. Lund: Studentlitteratur.

Helander, J; Lilja, T & Pukkila, P. (24 september, 2019). På väg mot sektorsövergripande arbete och unga vuxnas delaktighet – det finländska navigatörskonceptet överskrider gränser.

Euroguidance Finland. Hämtad 2.2.2021, från <https://epale.ec.europa.eu/sv/blog/proceeding-towards-multidisciplinary-approach-and-young-adults-inclusion-finnish-ohjaamo>.

Hyvärinen, K. (2021). *Kolumn: En alldeles ny möjlighet att utveckla det mångprofessionella arbetet*. Hämtad 22.12.2021, från https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/vasa-sjukvardsdistrikt/verksamhet/valfardsomrade/aktuellt-om-beredningen/kolumn_-en-alldeles-ny-mojlighet-att-utveckla-det-mangprofessionella-arbetet/.

Institutet för hälsa och välfärd. (2016). *Missbrukarvård*. Hämtad 13.1.2021, från <https://thl.fi/sv/web/alkohol-tobak-och-beroenden/missbrukarvard>.

Institutet för hälsa och välfärd. (2018). *Handlingsplanen för alkohol-, tobak-, drog- och spelprevention*. Hämtad 16.2.2022, från <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/forskning-och-utveckling/undersokningar-och-projekt/handlingsplanen-for-alkohol-tobak-drog-och-spelprevention?redirect=%2Fsv%2Fweb%2Fthlfi-sv%2Fforskning-och-utveckling%2Fprogram>.

Institutet för hälsa och välfärd. (2022). *Statistisk årsbok om alkohol och narkotika 2021*. Hämtad 30.3.2022, från https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144060/URN_ISBN_978-952-343-817-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Institutet för hälsa och välfärd. (2020). *Statistisk årsbok om alkohol och narkotika 2019*. Hämtad 24.4.2021, från https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139083/P%C3%A4ihdetilastolinen%20vuosikirja%202019_verkkoon.pdf?sequence=7&isAllowed=y.

Isoherranen, K. (2012). *Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä*. *Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:18*. Helsingfors: Unigrafia. Hämtad 25.10.2020, från https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Jacobsen, D. I. (2017). *Hur genomför man undersökningar?: Introduktion till samhällsvetenskapliga metoder*. Studentlitteratur.

Jakobstads social- och hälsovårdsverk. (u.å.). *Socialt arbete*. Hämtad 17.3.2022, från <https://www.sochv.jakobstad.fi/vuxna/socialarbete/socialt-arbete>.

Johansson, L. (2009). Den svenska och finska alkoholpolitiken och kontrollen av missbrukarna. I Stenius, K & Johansson, L (Red.), *Socialt medborgarskap och lokal missbrukarvård* (s. 65–108). Stockholm: SoRAD.

Juhila, K. (2008). Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön areenat. I Jokinen, A. & Juhila, K (Red.) *Sosiaalityö aikuisten parissa* (s. 14–47). Jyväskylä: Vastapaino.

Juvonen, T; Lindh, J; Pohjola, A; Romakkaniemi, M., & Arola, H. (2018). *Sosiaalityön muuttuva asiantuntijuus*. Helsingfors: UNIPress.

Kananoja, A., Lähteinen, M. & Marjamäki, P. (2011). *Sosiaalityön käsikirja* (3. uud. laitos.). Helsingfors: Tietosanoma.

Karlsson, T; Paaso, K & Hakkarainen, P. (2012). Social- och hälsovårdsmyndigheternas syn på alkohol- och drogpreevention i Finland. *Finska läkaresällskapets handlingar*, 172(2), s. 23–28.

Katajamäki, E. (2010). *Moniammatillisuus ja sen oppiminen. Tapaustutkimus ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystalalta*. Hämtad 19.11.2020, från <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66639/978-951-44-8152-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Kivinummi, J & Alatupa, S. (2016). *Kun ei suju. Selviytymisopas haastaviin asiakastilanteisiin*. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kommunförbundet. (2017). *Socialt arbete, social handledning och egen kontaktperson*. Hämtad 26.2.2021, från <https://www.kommunforbundet.fi/social-och-halsovard/socialvard/socialt-arbete-social-handledning-och-egen-kontaktperson>.

Kuusisto, K & Ranta, J. (2020). Psykososiaalisen päihdetyön asema Suomessa 1900-luvulta nykypäivään. I Moilanen, J; Annola, J & Satka, M. (Red.), *Sosiaalityön käänneet* (s. 112–140). Jyväskylä: SoPhi.

Kuussaari, K. & Hirschovits, T. (2016). Co-occurrence of substance use related and mental health problems in the Finnish social and health care system. *Scandinavian journal of public health*, 44(2), s. 202–208.

Liukko, E. (2006). *Kuntouttavaa sosiaalityötä paikantamassa*. SOCCAn ja Heikki Waris -instituutin julkaisusarja 9/2006. Yliopistopaino.

Marin, S. (2019). *Ett inkluderande och kunnigt Finland - ett socialt, ekonomiskt och ekologiskt hållbart samhälle* (Statsrådets publikationer 2019:32). Hämtad 25.2.2021, från https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161932/VN_2019_32.pdf?sequence=4&isAllowed=y

McCray, J. (2009). *Nursing and Multi-Professional Practice*. London: SAGE.

Michailakis, D & Schirmer, W. (2017). *Systemiska perspektiv på social arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Myers, L. & Wodarski, J. (2014). Using the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Evidence-Based Practice Kits in Social Work Education. *Research on social work practice*, 24(6), 705–714.

Mäkelä P, Martikainen P, Peltonen M. (2017). *Sosioekonomiset erot alkoholikuolleisuudessa ja alkoholin käytössä*. Tutkimuksesta tiiviisti 4. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd.

Mäkelä, R. (3 februari, 2010). *Familjeterapi*. Droglänken. Hämtad 23.1.2021, från <https://paihdelinkki.fi/sv/databank/informationssnuttar/missburkarvardens-metoder-och-utbildning/familjeterapi>.

Mäntyneva, P & Hillamo, H. (2018). Osallisuuden ja osattomuuden dynamiikka työtoiminnassa. Etnografinen tutkimus kolmella kuntouttavan työtoiminnan kentällä. *Yhteiskuntapolitiikka* 83(1), s. 18–28.

Mönkkönen, K; Kekoni, T & Pehkonen, A. (2019). *Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*. Helsingfors: Gaudeamus.

Nationalencyklopedin. (u.å.). *Missbruk*. Hämtat 17.3.2022, från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/missbruk>.

Niemelä, S. (12 december, 2015). *Alkoholriippuvuuden psykososiaalinen hoito*. Droglänken. Hämtad 23.1.2021, från <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/alkoholiriippuvuuden-psykososiaalinen-hoito>.

Nåhls, C. (7.6.2021). *Kolumn: Socialvårdens personal i fokus*. Hämtad 22.12.2021, från <https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/vasa-sjukvardsdistrikt/verksamhet/valfardsomrade/aktuellt-om-beredningen/kolumn-socialvardens-personal-i-fokus/>.

Parviainen, L. (2021). *Pohjanmaa: tulevaisuuden sote-keskus*. Hämtad 22.12.2021, från <https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/pohjanmaa-tulevaisuuden-sote-keskus>.

Pierson, P. (2000a). Path Dependency, and the Study of Politics. *The American Political Science Review*, 94(2), 251-267.

Pierson, P. (2000b). Three Worlds of Welfare State Research. *Comparative Political Studies*. SAGE. Hämtad 16.11.2020, från <https://www.vasa.abo.fi/users/minygar/Undervisning-filer/Pierson%202000%20Three%20worlds%20of%20welfare%20state%20research.pdf>.

Raitakari, S & Saarnio, S. (2008). Vaikuttavuuden osoittamisen vaatimukset mielenterveys- ja päihdekuntoutuksessa. I Jokinen, A. & Juhila, K (Red.) *Sosiaalityö aikuisten parissa* (s. 196–223). Jyväskylä: Vastapaino.

Robertson, I. & Nesvåg, S. (2019). Into the unknown: Treatment as a social arena for drug users' transition into a non-using life. I *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift : NAT*, 36(3), 248–266.

Rosenqvist, P. & Stenius, K. (2014). Medicalisation of the Social Perspective: Changing Conceptualisations of Drug Problems in Finnish Social Care and Substance abuse Treatment. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift: NAT*, 31(5–6), 551–568.

Rost, S. & Lundälv, J. (2021). Social work responses to food poverty in Sweden: A qualitative study applying the concept of stigma. *The British journal of social work*. (2021) 00, s. 1–18.

Saaranen, T; Silén-Lipponen, M; Palkolahti, M; Mönkkönen, K; Tiihonen, M. & Sormunen, M. (2020). Interprofessional learning in social and health care—Learning experiences from large-group simulation in Finland. *Nursing open*, 7(6), s. 1978–1987.

Saarnio, P; Kuusisto, K & Artkoski, T. (2015). Päihdeasiakkaan profiili: Kuvaileva tutkimus avopäihdehoidon asiakkaista. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 3, s. 237–242.

Salo-Chydenius, S. (2010a). *Motiverande intervju / motiverande handlingssätt*. Droglänken. Hämtad 23.1.2021, från <https://paihdelinkki.fi/sv/databank/informationssnuttar/missburkarvardens-metoder-och-utbildning/motiverande-intervju>.

Salo-Chydenius, S. (2010b). *Verksamhetsterapeutiska och kreativa metoder*. Droglänken. Hämtad 23.1.2021, från <https://paihdelinkki.fi/sv/databank/informationssnuttar/missburkarvardens-metoder-och-utbildning/verksamhetsterapeutiska-och>.

Samposalo, H; Kuussaari, K; Hirschovits-Gerz, T; Kaukonen, O; Partanen, A. & Vormaa, H. (2018). Tarpeenmukaiset palvelut kaikille? Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveystieteiden palveluissa Kaakkois-Suomen ja Lapin alueilla. *Yhteiskuntapolitiikka*, 83(1), s. 50–61.

Sandström, S. (2020). *Missbruk, trauma och samsjuklighet*. Stockholm: Gothia utbildning.

Sipola, M. (2014). Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen voimapuu päihdeongelmaisten kuntoutusmenetelmänä. I Orjasniemi, T (Red.), *Moniammatillisen päihdetyön käytäntöjä kehittämässä – kohdeilmioita, menetelmiä, strategioita ja rajapintoja* (s. 258–278). Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C: Työpapereita 57.

Social- och hälsovårdsministeriet. (2006). *Sosiaalihuolto Suomessa*. Hämtad 26.2.2021, från <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70027/Es200611.pdf?sequence=1>

Social- och hälsovårdsministeriet. (2012). *Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården. KASTE 2012–2015*. Tammerfors. Hämtad 18.11.2020, från <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72118/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226664.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Social- och hälsovårdsministeriet. (2017). *Tillämpningsguide för socialvården*. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2017:8. Hämtad 5.3.2021, från https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80392/08_17_Till%C3%A4mpningguide%20f%C3%B6r%20socialv%C3%A5rdslagen.pdf.

Social- och hälsovårdsministeriet. (2019). *Selvityshenkilöraportti: Sosiaalihuollon tutkimuksen ja kehittämisen rakenteet uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä*. Hämtad 4.3.2021, från https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161579/Rap_40_19_Sosiaalihuollon%20tutkimuksen%20ja%20kehittamisen%20rakenteet.pdf

Social- och hälsovårdsministeriet. (2021). *Framtidens social- och hälsocentral 2020–2023. Program och projekthandbok*. Hämtad 19.11.2020, från https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162021/STM_2020_4_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Social- och hälsovårdsministeriet. (2020). *Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030*. Hämtad 21.12.2021, från https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162054/STM_2020_7_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Social- och hälsovårdsministeriet. (u.å.a). *Service för missbrukare*. Hämtad 25.2.2021, från <https://stm.fi/sv/service-for-missbrukare>.

Social- och hälsovårdsministeriet. (u.å.b). *Ansvariga instanser inom social- och hälsovården*. Hämtad 4.3.2021, från <https://stm.fi/sv/social-och-halsotjanster/organisation-och-ansvar-inom-social-och-halsovardssystemet>.

Statsrådet. (u.å.). *Social- och hälsovårdsreformen*. Hämtad från Statsrådets hemsida 12.1.2022, från <https://soteuudistus.fi/sv/social-och-halsovardsreformen>.

Stenius, K. (2009). Kommunens roll i missbrukarvården. I Stenius, K & Johansson, L (Red.), *Socialt medborgarskap och lokal missbrukarvård* (s. 109–162). Stockholm: SoRAD.

Stockholms universitet. Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning utgivare & Storbjörk, J. (2012). *Samhället, alkoholen och drogerna: Politik, konstruktioner och dilemman*. Stockholm: Stockholms universitet.

Talentia. (2016). Vardagen, värderingarna och etiken: Etiska riktlinjer för yrkespersonen inom det sociala området. Hämtad 2.3.2021, från <https://talentia.e-julkaisu.com/2018/etiska-riktlinjer/docs/talentia-etik-2018.pdf>.

Tammi, T. (8 september, 2015). *Drogsystemet i Finland*. Droglänken. Hämtad 23.1.2021, från <https://paihdelinkki.fi/sv/databank/informationssnuttar/missbruk-i-samhället/drogsystemet-i-finland>.

Thompson, J. B., Spano, R. & Koenig, T. L. (2019). Back to Addams and Richmond: Was Social Work Really a Divided House in the Beginning? *Journal of sociology and social welfare*, 46(2), s. 3.

Tiensuu, S. (2014). Johdantoluku: Menetelmiä päihderiippuvuudesta toipumiseen. I Orjasniemi, T (Red.), *Moniammatillisen päihdetyön käytäntöjä kehittämässä – kohdeilmioita, menetelmiä, strategioita ja rajapintoja* (s. 176–180). Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C: Työpapereita 57.

Valvira. (2020). *Riksomfattande tillsynsprogram för social- och hälsovården för åren 2020–2023*. Hämtat 25.2.2021, från https://www.valvira.fi/documents/18502/1556403/Riksomfattande_tillsynsprogrammet_for_social_och_halsovarden_2020_2023.pdf/22457e64-c99b-169c-c91c-d52b885727a4?t=1584098913333.

Vasa centralsjukhus. (2019). *Allmän presentation. Ägarkommuner och hälsovårdscentraler*. Hämtad 22.12.2021, från <https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/vasa-sjukvardsdistrikt/verksamhet/allman-presentation/>.

Vasa centralsjukhus. (2021). *Mångprofessionellt samarbete som en röd tråd*. Hämtad 22.12.2021, från <https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/vasa-sjukvardsdistrikt/verksamhet/valfardsomrade/aktuellt-om-beredningen/projekt-mangprofessionellt-samarbete-som-en-rod-trad/>.

Vasa stad. (u.å.). *Center för mental- och beroendevård Horisonten*. Hämtad 17.3.2022, från <https://www.vaasa.fi/sv/bo-och-lev/sociala-tjanster-och-stod-i-vardagen/mentalvards-och-missbrukarservice/center-for-mental-och-beroendevard-horisonten/>.

Wahlbeck, K; Hietala, O; Kuosmanen, L; McDaid, D; Mikkonen, J; Parkkonen, J; Reini, K; Salovuori, S & Tourunen, J. (2018). *Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut* (Statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet). Hämtad 25.2.2021, från https://tietokayttoon.fi/documents/10616/3866814/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf/e60e6d56-43cb-40e8-8f49-54e6dfdac5bb/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf?version=1.0&t=1517983765000.

Yle Nyhetsskolan (Andersson, M; Kanninen, N, Ruustila, A & Goman, S). (27 maj, 2020). *Yle Nyhetsskolan: Varje år är det allt yngre personer som använder rusmedel, polisen får anmälningar om 11-12 åringar som använder droger*. Svenska Yle. Hämtad 5.2.2021, från <https://svenska.yle.fi/artikel/2020/05/27/yle-nyhetsskolan-varje-ar-ar-det-allt-yngre-personer-som-anvander-rusmedel>.

Österbottens välfärdsområde. (2022). *Våra tjänster*. Hämtad 17.3.2022, från <https://osterbottensvalfard.fi/vara-tjanster/>.

Lagtexter:

Alkohollag (1102/2017). Hämtad 13.2.2021, från <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2017/20171102>.

Barnskyddslag (417/2007). Hämtad 26.2.2021, från <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2007/20070417>.

Hälso- och sjukvårdslag (1326/2010). Hämtad 10.2.2021, från <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Lag om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen (616/2021). Hämtad 22.12.2021, från <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2021/20210616>.

Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000). Hämtad 3.3.2021, från <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2000/20000812>.

Lag om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet (523/2015). Hämtad 16.2.2022, från <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2015/20150523>.

Lag om missbrukarvård (41/1986). Hämtad 10.2.2021, från <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1986/19860041>.

Mentalvårdslag (1116/1990). Hämtad 1.3.2021, från <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1990/19901116>.

Narkotikalag (373/2008). Hämtad 14.2.2021, från <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2008/20080373>.

Socialvårdslag (1301/2014). Hämtad 10.2.2021, från <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2014/20141301>.

Enkätfrågor till den empiriska undersökningen för magisteravhandlingen. (Google forms)

Undersökning om samarbetet mellan socialvården och missbrukarvården

Syftet med denna enkät är att undersöka hur samarbetet mellan socialvården och missbrukarvården fungerar ur det sociala arbetets synvinkel.

Svaren i undersökningen behandlas anonymt och konfidentiellt. Vänligen avstå från känsliga uppgifter (namn, adresser, personbeteckningar etc.) för att undvika att personer kan identifieras genom svaren.

Enkäten består av basfrågor och fyra öppna frågor om ämnet. På de öppna frågorna får du skriva så utförliga svar du vill.

Basfrågor:

Kön:

Arbetstitel:

Arbetsfarenhet inom det sociala området (år i arbetslivet):

Nuvarande arbetskommun:

Huvudsakligt arbetsområde (ex. barnskydd, vuxensocialarbete, hälsosocialarbete):

Öppna frågor:

1. Hur kan en anställd inom socialvården hjälpa en klient med missbruks- eller beroendeproblematik*? Vilka utmaningar är vanliga hos dessa klienter?

* Med klienter med missbruks- eller beroendeproblematik menas klienter med kontakt till missbrukarvården eller klienter som på annat sätt konstaterats ha ett missbruk eller vara beroende av något.

2. Hur upplever du att samarbetet med missbrukarvården fungerar? Kunde samarbetet förändras på något sätt för att bättre motsvara klienternas behov?

3. Vad anser du om mängden socialt stöd som klienter med missbruk får? Motivera ditt svar.

4. Hur tror du tjänsterna inom och samarbetet mellan missbrukarvården och socialvården ändras i och med välfärdsreformen?

5. Övrigt? Exempelvis kommentarer om enkäten eller tilläggsinformation till någon av frågorna.

Tutkimus sosiaalihuollon ja päihdehuollon välisestä yhteistyöstä

Tutkimuksen pyrkimys on tarkastella sosiaalihuollon ja päihdehuollon välisestä yhteistyötä sosiaalityön näkökulmasta.

Vastaukset käsitellään anonyymisti ja luottamuksellisesti. Pyydän ystävällisesti välttämään vastauksissa nimien, osoite- ja henkilötietojen yms. käyttöä, jotta henkilöitä ei voi tunnistaa vastauksien kautta.

Kysely koostuu peruskysymyksistä ja neljästä avoimesta kysymyksestä. Avoimiin kysymyksiin voit vastata niin pitkästi kuin haluat.

Peruskysymykset:

Sukupuoli:

Työnimike:

Työkokemus sosiaalialalla (vuosia työelämässä):

Nykyinen työkunta:

Pääasiallinen työala (esim. lastensuojelu, aikuissosiaalityö, terveystieteiden sosiaalityö):

Avoimet kysymykset:

1. Miten sosiaalihuollon ammattihenkilö voi auttaa asiakasta jolla on päihde- tai riippuvuusongelma *? Minkälaiset haasteet ovat tavallisia näillä asiakkailta?

* Asiakkaalla jolla on päihde- tai riippuvuusongelma tarkoitetaan asiakasta, jolla on päihdehuollon asiakkuus tai asiakasta, jolla on muualla tavalla todettu päihde- tai riippuvuusongelma.

2. Miten koet, että yhteistyö päihdehuollon kanssa toimii? Voisiko yhteistyö muuttua jollain tavalla, että se vastaisi paremmin asiakkaiden tarpeita?

3. Mitä mieltä olet asiakkaiden saaman sosiaalisen tuen määrästä? Perustele vastauksesi.

4. Miten luulet, että palvelut ja yhteistyö päihdehuollon ja sosiaalihuollon välillä muuttuu hyvinvointiuudistuksen voimaan astumisen myötä?

5. Muuta? Esimerkiksi kommentteja koskien kyselyä tai lisäyksiä johonkin kysymykseen.