

Lunds Universitet
Socialhögskolan
SOL 065
VT 2005

Är läkemedelsberoende en fråga för socialtjänsten?

Författare:

Jennie Göransson

Thomas Persson

Handledare:

Kerstin Svensson

Gunilla Lundqvist

Abstract

The purpose of this thesis was to increase our understanding of how the social service in Sweden deals with reported incidents of addiction to medicines. Another purpose was to point out the different opinions concerning addiction to medicines amongst actors as well as possible ways to handle the problem. We have conducted a quantitative and qualitative e-mail survey targeting all communities in Sweden, with the ambition of gaining further knowledge about the role and responsibility of the social service concerning reports of addiction to medicines. Two quantitative questions were one asked about how many clients requested/were reported for needing help with their drug abuse alone, and the second question about how many clients needing help for drug abuse as a part of a wider addiction. The survey revealed that the social services judge their role/responsibility differently; some take the main responsibility while others think that drug abuse is created by the general health care and should be handled by this organization as well. In relation to the estimated amount of drug addicts in Sweden only a small part are in contact with the social service.

Innehållsförteckning

	Sida
Förord	4
1. Inledning	5
1.1 Problemformulering	5
1.2 Syfte och frågeställningar	6
1.3 Metod och urval	6
1.4 Tillförlitlighet	9
1.5 Analys av metod	11
1.6 Källkritik	11
1.7 Etiska överväganden	11
1.8 Avgränsningar och begreppsdefinitioner	12
1.9 Fortsatt framställning	13
2. Teorier	13
2.1 Social teori	13
2.2 Organisationsteori	15
2.3 Stämplingsteori	16
3. Tidigare forskning	17
3.1 Socialstyrelsens perspektiv	17
3.2 RFV	20
3.3 Stockholms läns landsting	21
3.4 NEPI	23
3.5 RFHL	24
4. Enkätstudie	26
4.1 Tema 1	26
4.2 Tema 2	31
4.3 Tema 3	36
5. Slutdiskussion	40
6. Källförteckning	46
7. Bilagor	47

Förord

Vi vill tacka de kommuner som har ställt upp och medverkat i denna studie, det är viktigt att det finns ett samarbete mellan universiteten och det sociala arbetet på kommunnivå.

Vi vill rikta ett tack till våra handledare, Kerstin Svensson för den hjälp hon gav oss i uppsatsbyggandet, och Gunilla Lundqvist för hennes råd och tips.

Tack.

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Vår förförståelse bygger på att det finns ett stort antal människor i det svenska samhället som använder läkemedel med en lugnande- smärtstillande eller antidepressiv verkan. En studie framtagen av Britt Vikander på uppdrag av Stockholm läns landsting visar att läkemedelsberoende är ett dolt problem, Vikander uppskattar att antalet läkemedelsberoende i Sverige är mellan 80 000 och 200 000 personer. Människor som använder dessa läkemedel och blir beroende skäms över sin bristande förmåga att hantera sin medicin och det i en sådan utsträckning att de inte berättar om sitt beroende för vare sig anhöriga eller sin läkare (Vikander, 2004 s.7). Enligt RFV (Riksförsäkringsverket) har både svenska och internationella studier visat på att vid långvarig användning av beroendeframkallande läkemedel, verkar läkemedlen i vissa fall ha motsatt effekt på hälsan, dvs. att läkemedlen genererar ohälsa och kan därmed utgöra ett hinder vid en rehabilitering (RFV 2003, s.7).

Vi upptäckte vid insamlingen av information att det finns få studier gjorda om utbredningen av läkemedelsberoende i Sverige, vilket ytterligare väckte vårt intresse för ämnet. Vi fann bland annat en studie från RFV där en grupp långtidssjukskrivna studerades. Utifrån RFV: s studie räknade de ut att så många som 100 000 människor i Sverige kan vara läkemedelsberoende eller har blivit tillvanda av sina respektive läkemedel (RFV, 2003). Vi tog även del av en artikel i Dagens Nyheter där de hänvisar till den s.k. jämtlandsstudien, där framgår det att ca 250 000 människor i Sverige är läkemedelsberoende men att det kan vara betydligt fler (Molin, 2004).

Vi vill försöka få en uppfattning om hur vanligt förekommande det är att läkemedelsberoende söker hjälp för sitt beroende, detta är en ansats att försöka belysa problemets omfattning och utbredning. Vår infallsvinkel på problemet blir att se hur de olika socialförvaltningarna hanterar läkemedelsproblematiken. Vi kommer därför att analysera läkemedelsberoendet ur flera olika perspektiv dels hur olika aktörer ser på läkemedelsproblemet och vad som bör göras åt det, och dels hur socialförvaltningarna hanterar läkemedelsproblematiken. För att kunna förstå deras relation till varandra kommer vi därför att belysa perspektiven utifrån social teori, organisationsteori och stämplingsteorin.

Eftersom vi efter avslutad utbildning kommer att arbeta med socialt arbete kändes det relevant att undersöka vilket förhållande läkemedelsberoende har till socialtjänsten. Vi känner att det är viktigt att lyfta fram problemet i synnerhet när läkemedelsproblematiken omfattas av många människor i det svenska samhället och rimligtvis leder till sociala konsekvenser för enskilda personer, men tycks ändå inte erkännas som ett riktigt socialt problem.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syfte: Vårt syfte är att undersöka om läkemedelsberoende är en fråga för socialtjänsten och hur socialtjänsten i Sverige hanterar ansökningar/anmälningar från läkemedelsberoende samt hur många ansökningar/anmälningar som inkommit under 2004. Dessutom vill vi beskriva vad olika aktörer anser om problematiken med läkemedelsberoende och deras förslag till åtgärder.

Frågeställning:

- Vad görs från olika aktörer för att minska utbredningen av läkemedelsberoende?
- Vad gör socialtjänsten med de anmälningar och ansökningar som kommer från läkemedelsberoende personer?
- Hur många har anmälts/ansökt om hjälp för sitt läkemedelsberoende på socialtjänsten i Sverige 2004?
- Hur många har anmälts/ansökt för sitt läkemedelsberoende som en del av ett blandmissbruk på socialtjänsten i Sverige under 2004?

1.3 Metod och Urval

Studien i vår c-uppsats har vi valt att utföra enligt den icke- experimentella uppläggnings genom att göra en utvärderingsstudie inom socialtjänsten. Studien bygger på både kvantitativ och kvalitativ metod. Enligt boken *Kvalitativ metod och vetenskapsteori* är den kvantitativa analysen inte överordnad och övermäktig den kvalitativa analysen. Den kvalitativa analysen är en viktig förutsättning för genomförandet av den kvantitativa analysen (Starrin 1994, s.22). Vårt val av metoder kan ses som två kompletterande metoder där vi använt oss av både primär- och sekundärdata. De primärdata vi använde oss av kommer ifrån den kvantitativa och kvalitativa studien som vi utförde med de enkäter vi skickade till socialtjänsten.

Våra sekundärdata är av en studie gjord av Riksförsäkringsverket (RFV) *Sjukskrivna & vanebildande läkemedel: Användning och beroende av centralt verkande och smärtstillande sömn- och lugnande medel bland sjukskrivna*. Britt Vikander har på uppdrag av Stockholms läns landsting tagit fram rapporten, *Läkemedelsberoende: Lugnande mediciner, sömnmedel och smärtstillande medel*. En rapport från Nätverk för läkemedelsepidemiologi (NEPI) *Bensodiazepiner och deras analoger*, och från Socialstyrelsen har vi tagit med boken *Beroendeframkallande psykofarmaka: Att behandla och förebygga beroende och missbruk*. RFHL (Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende) har vi tagit med information från deras hemsida. I ett inledningsskede använde vi oss även av Internet för att samla information och besökte då olika hemsidor som behandlade läkemedelsberoende, exempelvis RFHL- och Region Skånes hemsidor.

Vår studie vände sig till alla Sveriges 290 kommuner där vi ställde två kvantitativa frågor och en kvalitativ fråga. Varje socialförvaltning fick vid varje utskickstillfälle en egen enkät som var ställd till den enskilda kommun där bland annat den enskilda kommunens namn stod utskriven i texten. Skälet var att vi trodde att svarsfrekvensen skulle öka om varje kommun kände ett större ansvar att svara på enkätstudien.

Syftet med den kvantitativa metoden var att empiriskt belysa företeelsens omfattning och genom den kvalitativa metoden induktivt belysa fenomenet. Med detta menar vi att den kvantitativa studien ska ge svar på hur många läkemedelsberoende som anmälts/ansökt till socialförvaltningarna, för att på detta sätt få veta hur de faktiska förhållandena ser ut. Medan den kvalitativa delen ska ge svar på vilket hanteringsätt de olika socialförvaltningarna har angående anmälningar/ansökningar från läkemedelsberoende. För att få en djupare förståelse för hur samhället ser på läkemedelsproblematiken har vi valt att ha med olika aktörers syn på problemet och vad de gör för att minska utbredningen av läkemedelsberoende.

Frågorna i den kvantitativa delen bestod av hur många läkemedelsberoende personer som antingen ansökt eller blivit anmälda till socialtjänsten 2004 för enbart sitt läkemedelsberoende. Samtidigt ställdes även frågan om hur många personer som har ansökt/anmälts för sitt läkemedelsberoende som en del av sitt blandmissbruk till socialtjänsten under 2004. Vi valde att särskilja antalet ansökningar/anmälningar från enbart läkemedelsberoende och de ansökningar/anmälningar där läkemedelsberoende är en del av ett blandmissbruk, för att undvika sammanblandning av de två grupperna.

Orsaken var att vi ville visa om det är vanligt förekommande att enbart läkemedelsberoende söker hjälp hos socialförvaltningen, men även belysa hur många människor som ansöker om hjälp för sitt läkemedelsberoende där det finns annan missbruksproblematik.

I den kvalitativa delen av vår studie har vi utgått ifrån att finna en förståelse över hur olika kommuner hanterar de anmälningar och ansökningar som inkommer till socialtjänsten. Enkätstudiens första fråga handlade om vad kommunerna gör med de anmälningar och ansökningar som kommer från läkemedelsberoende personer. Frågan syftade till att dels väcka intresset för studien dels öka vår kunskap om på vilka sätt som socialtjänsterna tar emot, och bedömer vilka insatser som kan bli aktuella.

Datainsamling

Vår förfrågan skickades via e-post till Sveriges 290 kommuner den 14 april 2005 (se bilaga nr.1), till Stockholm, Göteborg och Malmö sändes förfrågan ut till samtliga 53 stadsdelsförvaltningar. De tre storstäderna i Sverige är uppdelade i mindre enheter och kommer fortsättningsvis att benämnas som stadsdelsförvaltning. I den första enkäten bad vi informanterna svara hur många ansökningar/anmälningar de fått in under 2004, ganska omgående visade det sig att detta inte skulle fungera på grund av socialförvaltningarnas datasystem. Frågeställningen ändrades till att informanterna på fråga två och tre istället ombads göra en uppskattning över hur många ansökningar/anmälningar de fått in under 2004, denna förändrade enkät skickades ut vid första påminnelsen den 20 april (se bilaga nr:2). När det gäller distributionen av vår enkätstudie stötte vi inte på några problem. Arbetet var dock mycket tidskrävande samtidigt som vi fick ett datorhaveri. Den 20 april skickade vi ut en påminnelseenkät till de 243 kommuner som ännu inte svarat. Den 26 april sändes den andra påminnelsen ut till 160 kommuner, och den tredje påminnelsen skickades den 2 maj till 126 kommuner, enkätstudien avslutades den 13 maj 2005 då vi fått in svar från 182 kommuner. Sammantaget gjordes det ca 1000 utskick till kommuner och stadsdelar i Sverige, då är enkäterna från de fyra olika utskicken inräknade som såväl kompletteringarna som innebar att vi kontaktade de kommuner och stadsdelar, där svaren antingen var otydliga eller ofullständiga och bad dem förtydliga sig.

Frågorna som ställdes i enkäten var öppna och gav informanterna möjlighet att fritt formulera sina svar. Halvorsen menar att om frågorna är öppna innebär det att informanten har frihet att

ge de svar han/hon vill. Fördelen med öppna frågor är möjligheten för forskaren att se
bristande kunskaper (Halvorsen 1992, s.87-88).

1.4 Tillförlitlighet

Vår enkätstudie som gick ut till samtliga 290 kommuner i Sverige gjordes för att mäta antalet personer som har ansökt eller blivit anmälda för sitt läkemedelsberoende. Svarsfrekvensen i studien ligger på 62.8 %. Av de 182 kommuner som svarat har det i 2.8 % varit ett internt bortfall på fråga 1, och 6.1 % på fråga 2, 17.1 % i fråga 3. De kommuner som inte har svarat är belägna i hela Sverige. Gotlands län består av en kommun vilket gör länsfördelningen missvisande för Gotlands del.

Svarsfrekvens i procent när det gäller antalet kommuner som svarat på enkätstudien i respektive län:

Stockholms län	53.8 %
Västerbottens län	73.3 %
Norrbottnens län	64.2 %
Uppsala län	66.7 %
Södermanlands län	77.7 %
Östergötlands län	69.2 %
Jönköpings län	61.5 %
Kronobergs län	75.0 %
Kalmar län	66.7 %
Gotlands län	0.0 %
Blekinge län	60.0 %
Skåne län	54.5 %
Hallands län	50.0 %
Västra Götalands län	69.4 %
Värmlands län	50.0 %
Örebro län	66.7 %
Västmanlands län	45.4 %
Dalarnas län	80.0 %
Gävleborgs län	50.0 %

Västernorrlands län	71.4 %
Jämtlands län	75.0 %

Vi anser att denna undersökning är tillförlitlig då det går att utföra studien vid ett annat tillfälle under samma tidsram och förvänta sig ett liknande resultat. En orsak till bortfallet kan vara att informanterna i kommunerna har ansett våra frågor svåra att besvara men det kan även finnas andra orsaker såsom ointresse och tidsbrist.

Av de kommuner som svarade på vår enkätstudie var det tio kommuner som inte ansåg sig ha tid och svara på enkäten och ytterligare en kommun som inte ville svara av sekretesskäl. Dessa kommuner är därför inte registrerade i listan över kommuner som svarat på studien.

Vårt standardiserade frågeformulär skickades ut till alla kommuner vid samma tidpunkter. Vi anser att studien uppnått en god validitet då samtliga kommuner i Sverige har erhållit vår förfrågan och svarsfrekvensen var 62.8 %. Halvorsen skriver att det inte finns någon enhetlig norm hur hög svarsprocenten måste vara, men hänvisar till Galtung (Galtung, 1967) som menar att svarsprocenten skall vara högre än 60 % för att datainsamlingen skall kunna anses vara lyckad (Halvorsen 1992, sid.101). Av de svar vi fick efter första utskicket förstod vi att datasystemen på socialförvaltningarna ofta inte kunde urskilja olika former av missbruk. En ny enkät omformulerats och skickades samma vecka ut till samtliga kommuner där de ombads att istället göra en uppskattning av antalet ansökningar/anmälningar från läkemedelsberoende. Vi anser inte att detta påverkar reliabiliteten i studien eftersom vi redovisar resultatet utifrån den uppskattning socialtjänsterna uppmanades göra, och inte utifrån det första utskicket där socialtjänsterna uppmanades att svara hur många ansökningar/anmälningar det rörde sig om.

Vi har i vårt urval valt göra en totalundersökning inom socialtjänsten för att möjliggöra en bättre helhetsbild av problematiken med inkomna ansökningar/anmälningar från läkemedelsberoende till socialtjänsten, jämfört med att välja ut ett eller några län i Sverige. Nackdelen med en totalundersökning är att den är tidskrävande.

Enkätstudien skickades direkt till kommunerna, varpå de i sin tur vidarebefordrade studien till den inom socialtjänsten som var bäst lämpad att svara på våra frågor. Skälet till att vi valde denna strategi är att vi trots allt hade begränsat med tid att genomföra studien.

Vi ansåg att arbetssättet var det bästa och mest effektiva för oss då vi genom e-postväxling kunde nå ut till respektive informant på ett relativt enkelt sätt.

En begränsning med studien är att informanterna tolkat våra kvantitativa frågor på olika sätt eftersom det inte finns någon enhetlig syn på begreppet läkemedelsberoende. En del svarat på vår frågeställning, medan andra förmodligen har tolkat det som om läkemedelsmissbruk är detsamma som läkemedelsberoende. Vår uppfattning är att det kan finnas fler läkemedelsberoende inom socialtjänsten i de kommuner som svarat på vår enkätstudie, eftersom det inte kan säkerställas att samtliga enheter eller handläggare varit med i diskussionen kring svaret som lämnades till oss.

1.5 Analys av metod

Den kvalitativa enkätfrågan har vi analyserat genom att dela in svaren i olika kategorier för att på så sätt kunna åskådliggöra hur de hanterar ansökningar/anmälningar från läkemedelsberoende inom socialtjänsten. När det gäller de två kvantitativa frågorna så analyserade vi dem genom att lägga in svaren från socialtjänsterna i respektive kommun i en Excel fil. Detta gjordes för att kunna konkretisera resultaten i form av stapeldiagram, genom att visa hur många läkemedelsberoende som har kommit i kontakt med socialtjänsten. Vi är inte ute efter att göra exakta preciseringar av antalet ansökningar/anmälningar som inkommit till socialtjänsten, utan vår målsättning är att få en ungefärlig bild av läkemedelsproblematiken.

1.6 Källkritik

Vi anser att våra sekundärdata håller en bra kvalitet eftersom vi använt oss av vetenskapliga studier och annan relevant litteratur. Bristen på studier inom läkemedelsberoende gör att de få arbeten som genomförts kan få en stor genomslagskraft eftersom att de inte blir emotsagda.

1.7 Etiska överväganden

Vi menar att informanterna har svarat i sin tjänsteutövning och borde således kunna stå för sina uttalanden i enkäten, utan att bli tillfrågade om vi fick citera dem. Trots detta valde vi att

anonymisera tjänstemännen på socialförvaltningarna, på grund av att vi anser att det inte är relevant vad varje enskild tjänsteman anser i frågan om läkemedelsberoende. Vi menar att de är företrädare för en allmän policy inom varje socialförvaltning. De enskilda kommunernas namn avslutar citaten för att göra dem mer levande och beskriva de olika synsätt som finns runt om i Sverige.

1.8 Avgränsningar och begreppsdefinitioner

Läkemedelsproblematiken i Sverige är enligt vår uppfattning komplicerad och omfattande, därför avgränsas uppsatsen till att gälla socialtjänsten och läkemedelsberoende. Vår avsikt var inte att finna en totalbild av utbredningen av läkemedelsberoende i Sverige, utan att belysa en del av problematiken. Vi avser inte att göra någon skillnad på läkemedelsberoende som är uppkommet av legalt förskrivna läkemedel eller läkemedel som är införskaffade illegalt, det är upp till de olika socialförvaltningarna om de valt att inkludera läkemedel från ”svarta marknaden” eller ej.

Läkemedelsberoende - Läkemedelsmissbruk är begrepp som ofta används synonymt men kan definieras på olika sätt. Vi bestämde oss för använda begreppet läkemedelsberoende i enkäten till kommunerna, men inte ge någon definition eftersom det inte finns en samsyn i samhället för vad begreppet läkemedelsberoende är. Vi ville inte riskera att informanterna skulle bli konfunderade över begreppen och därmed utelämna personer som varit aktuella på socialförvaltningarna för sitt läkemedelsberoende enligt deras definition.

Blandmissbruk- en vanlig kombination kan vara olika sorters narkotika, värkmediciner, alkohol och bensodiazepiner eller androgena steroider. Syftet med att blanda olika sorters preparat kan vara att förstärka berusningseffekter eller att behandla sin egen abstinens från alkohol eller narkotika (Vikander 2004, s.16).

Analgetika- smärtstillande läkemedel (ibid. s.16).

Bensodiazepiner- är den kemiska benämningen på en grupp läkemedel som kan dämpa ångest, oro och sömnproblem (NEPI 2002, s.7).

Bensodiazepinanaloger- Under senare år har tre ämnen med liknande effekt som bensodiazepiner tillkommit. Kemiskt sätt är analogerna inte bensodiazepiner men har samma verkningsmekanism och samma funktion som bensodiazepinerna. Därför medför dessa preparat likartade risker som bensodiazepiner med framförallt beroende (ibid. s.7).

Antidepressiva läkemedel- Dessa läkemedel ges mot oro, ångest och depressioner och även för tillstånd som anses sänka livskvaliteten (RFHL 2005, D.).

1.9 Fortsatt framställning

Vi inleder vår framställning med att ta upp tre teorier, social teori, organisationsteorin och stämplingsteorin. Efter det tar vi upp tidigare forskning som belyser vad olika aktörer anser om problematiken läkemedelsberoende men även vad de menar bör göras för att minska utbredningen av problemet. I avsnittet enkätstudie, tar vi upp den studie vi genomförde för att belysa hur socialtjänsterna i Sverige hanterar inkomna anmälningar/ansökningar från läkemedelsberoende, men även klarlägga i vilken omfattning det sker. Kapitlet Enkätstudie är indelat i tre olika teman för att lättare kunna åskådliggöra studiens resultat, vi har valt att i viss mån diskutera kring de olika temana för att få en röd tråd genom studien.

2. Teorier

2.1 Social teori

I boken *Perspektiv på sociala problem* skriver Meeuwisse och Swärd att Robert Merton (Merton, 1976) anser att när det blir fler människor som omfattas av ett problem, eller när skadorna risker att bli omfattande desto viktigare blir problematiken. Skadliga sociala förhållanden kan finnas oavsett om de har blivit upptäckta eller ej. Sociala problem behöver enligt Merton inte vara tydliga, utan de kan ligga latenta i samhället och så småningom komma att bli ett erkänt socialt problem. Socialvetarens uppgift blir därför att identifiera, beskriva, och förklara de faktiska förhållanden som har negativa följdverkningar för samhället. Forskare och experter bör med hjälp av vetenskapliga undersökningar och erfarenhetsmässig kunskap fastställa vad som är sociala problem, detta sker genom att

åskådliggöra problemen med data som visar på problemets omfång eller spridning (Meeuwisse & Swärd 2002, s.98).

Boken *Socialt arbete en grundbok* behandlar läkemedelsberoende som socialt problem i ett kapitel skrivet av Bergmark och Oscarsson. De tar upp och diskuterar frågan om vad som är ett socialt problem, och hur man kan se det sociala arbetets utveckling genom ett historiskt perspektiv. Författarna till kapitlet menar att det inte är helt enkelt att avgränsa vad som ingår i det sociala arbetet, men de flesta människor kan sympatisera med uppfattningen om att sociala problem utgör en av de mer centrala bestämningspunkterna för det sociala arbetet. De menar vidare att fattigdom och missbruk är två företeelser som många människor möjligen anser är, och historiskt sett varit sociala problem, när det gäller narkotikamissbruk är denna uppfattning felaktig enligt Bergmark och Oscarsson. Problemet ansågs vara ett individuellt medicinskt problem där missbruket var orsakat av en kombination av det narkotiska preparatets kemiska egenskaper och missbrukarens kroppsliga och psykiska karaktär (Bergmark & Oscarsson 2000, s.141-143).

Bergmark och Oscarsson menar att om exempelvis missbruk skall kunna erkännas som ett socialt problem krävs det att vissa individer avviker i sitt bruk, och konsekvenser av bruk av vissa substanser och som kan leda till problem för missbrukaren såväl som för samhället. För att problemet skall bli erkänt som socialt problem krävs det dessutom att problemen inte betraktas som t.ex. individuella, moraliska eller medicinska, det bör heller inte röra sig om större grupper av individer, som ett folkhälsoproblem. Ett socialt problem kan enligt Bergmark och Oscarsson också ses utifrån en relation mellan vad som i ett samhälle kan ses som normalt eller acceptabelt och vad som uppfattas som problematiskt och icke önskvärt (ibid. s.143).

Sjukvården och socialt arbete

Enligt Lundström och Sunesson i boken *Socialt arbete- en grundbok* är det inom socialtjänstens individ och familjeomsorg socionomer som är den dominerande professionen. Inom hälso- och sjukvården har läkarna ofta en stark och inte sällan en överordnad position i förhållande till socionomer, detta kan innebära att det är läkarnas perspektiv och förklaringsmodeller som är gällande. Läkarnas övertag inom sjukvården kan också ofta innebära att läkarna får makt över de materiella resurserna. Det kan innebära att deras

yrkesgrupp har rätt att ställa diagnos, vilka stödinsatser som skall sättas in samt vilka yrkesgrupper som skall utföra detta (Lundström & Sunesson 2000, s.66).

2.2 Organisationsteori

Bengt Abrahamsson tar i boken *Organisation –att beskriva och förstå organisationer* upp att när organisationen är en realitet, inträffar fenomen som i den rationalistiska teorin benämns inre logik, bland annat arbetsfördelning, koordinering och auktoritetsfördelning. Dessa fenomen uppkommer tämligen automatiskt så snart organisationen kommit igång och börjat arbeta. Abrahamsson skriver vidare att arbetsfördelning och koordinering medverkar till att en struktur uppkommer, och därmed nödvändighet av ledarskap och maktfördelning. Ledningens arbetsuppgift är att planera, koordinera, organisera, vägleda och skapa motivation samt granska verksamheten. Arbetsfördelningen fastställer vilka arbetsuppgifter den enskilde personen förväntas göra. Arbetsuppgifterna kommer att inverka på personens motivation, välbefinnande och vantrivsel (Abrahamsson 1998, s.262-263).

Auktoritetsfördelningen bestämmer enligt Abrahamsson det ansvar vi får oss anvisat och även vilka som blir våra över- och underordnade. Auktoritetsfördelningen innebär möjligheter till befördran, bättre lön och högre status, och är en konsekvens av var i hierarkin vi befinner oss. Förhållandet grupperna emellan inom organisationen berörs av gruppens placering i hierarkin. Människor som arbetar tillsammans under en längre tidsperiod för att lösa bestämda arbetsuppgifter genom att erbjuda varor och tjänster medför att en organisationskultur skapas. Abrahamsson menar att organisationskulturen får betydelse när det gäller på vilket sätt arbetet utförs och hur de inre arbetsförhållandena mellan människor kommer att se ut i organisationen. Organisationer är beroende av att tillförsäkra sig resurser från sin omgivning. Organisationer måste därför göra något för sin omgivning, så att kopplingen blir direkt mellan omgivning, mål, strategi och affärsidé. Att tillhandahålla varor och tjänster och är inte målet med organisationen, det är ett sätt att nå de uppsatta målen (ibid. s.263).

Abrahamsson anser att det beror på i vilken grad organisationen når sina uppsatta mål och tillfredsställer förväntningarna i omgivningen som utgör det vi kallar effektivitet. Hur effektiv en organisation är inverkar på dess legitimitet. En hög grad av legitimitet ökar organisationens förmåga att utveckla effektivitet (ibid. s.263).

Av de teorier och metoder som finns inom organisationsområdet, går det enligt Abrahamsson att urskilja två huvudspår: den ena inriktar sig på ordning, system, standardisering och förutsägbarhet, den andra inriktar sig på öppenhet, deltagande kreativitet och individuella initiativ. Tankar och påståenden om organisationer och deras verksamhetsformer benämns för organisationsteori. Olika tankar och uppfattningar vi har om organisationer, påverkar vårt uppträdande inom organisationer och vårt sätt att bedöma dem (ibid. s.264).

2.3 Stämplingsteori

Goldberg beskriver stämplingsteorin som en lång process och inte en enstaka händelse. Det är en lång rad negativa reaktioner från andra som sammantaget gör att individen omdefinierar sin egen självbild. Denna process tar lång tid och även om det går att hitta dramatiska händelser i klientens liv, räcker inte det som förklaring. Förklaringen ligger enligt Goldberg i summan av många små och stora händelser och reaktioner under en lång tid. Självbild är en process och utvecklas under hela livet och det tar tid att förändra dess grundläggande innehåll, även om det går att göra mindre justeringar på kortare tid (Goldberg 1980, s.22-28).

Goldberg förklarar stämplingsteorin som en avvikarkarriär, där det börjar med att föräldrarna är de viktigaste i ett barns liv och således stor påverkan på barnets självbild, detta kallar Goldberg för *föräldrars stämpling*. Nästa steg i avvikarkarriären är den *samhälliga stämplingen*, och den viktigaste faktorn är inte beteendet från individen utan omgivningens reaktioner på beteendet, och om reaktionen är dålig lär sig individen att de själva är odugliga. Det tredje steget i avvikarkarriären är *sekundär avvikelse* som innebär att beteendet strider mot kulturella normer då personen är medveten om de normer som bryts. Det fjärde steget kallas enligt Goldberg för *avvikelseupprätthållande* och innebär att stämplingen leder till en negativ självbild, som leder till sekundär avvikelse, som enligt kulturella definitioner blir ett misslyckande, som leder till mera stämpling osv. Varje nytt misslyckande är delvis skapat av tidigare misslyckanden och är i sin tur med att skapa nästa misslyckande (ibid. s.22-28).

Enligt Eriksson gäller det att se stämplingsteorin inom socialt arbete i flerdimensionella termer, det finns ingripanden som inte stämplar men även att låta bli att ingripa kan stämpla. Ett exempel på det sistnämnda kan vara krisen inom vårdapparaten. Alkoholister kan se sig själva som ”hopplösa fall” då ingen anställd tjänsteman verkar bry sig med att åtgärda problemet, utan lämnar klienten att göra vad den själv vill med sitt liv. Eriksson skriver vidare

att en effektiv stämpling sker många gånger genom att socialarbetaren är 1) auktoritär och bestämmande, 2) snäll och beskyddande 3) eller framstår som överlägsen förstå-sig-påare. Det som är gemensamt för dessa förhållningssätt är att klienten blir betraktad som liten, oduglig och svag. Socialarbetaren gör sig till den starke när han/hon visar sig auktoritär, överdrivet snäll eller förständig (Eriksson 1979, s.43).

Olika slag av reaktioner är enligt Eriksson att vänta från klientens sida på en nedvärderande behandling. Enligt spegel jags teorin tar klienten åt sig socialarbetarens syn och tycker själv att han/hon är sjuk och svag, och det i en större omfattning än före besöket på socialtjänsten (ibid. s.44).

Eriksson menar att om en socialarbetare vill dra erfarenheter från stämplingsteorin är det viktigaste att socialarbetaren aldrig behandlar eller betraktar klienterna som svaga och sjuka. Eriksson frågar sig om det alltid är nödvändigt att ta fasta på klientens dåliga sidor. Socialtjänstemannens stämpling gör avvikarkarriären än starkare. Ofta sker stämplingen helt omedvetet via socialarbetarens sätt att vara som besserwisser eller medlidsamt vänlig bakom sitt skrivbord (ibid. s.48).

3. Tidigare forskning

I detta kapitel kommer vi att skriva om några av de aktörer som vi anser har en betydande roll för problematiken med läkemedelsberoende. Vi har valt att ta med aktörerna under tidigare forskning eftersom flera av dessa aktörer även är som ansvariga för den forskning som gjorts på området.

3.1 Socialstyrelsens perspektiv

Dolda missbrukare

Vid telefonkontakt med Socialstyrelsen uppgav Bengt Wennermark (Wennermark, 2005), att Socialstyrelsens allmänna råd från 1990 angående riktlinjer för hantering av läkemedelsberoendeproblematiken fortfarande är aktuell. Enligt Socialstyrelsen har personer med primärt läkemedelsberoende, dvs. utan ett samtidigt alkoholmissbruk innan beroendets uppkomst goda sociala förhållanden med utbildning och arbete, Socialstyrelsen menar att denna grupp kan liknas vid ”dolda” alkoholmissbrukare. Patientgruppen uppvisar inte samma sociala belastning som kan ses bland narkotikamissbrukare där även andra sociala problem är

överrepresenterade. I analyser av patienter som missbrukar sömnmedel och andra lugnande medel framgår det att en större del också har ett annat missbruk, främst alkohol (Socialstyrelsen 1990, s.36).

När det gäller lågdosberoende anser Socialstyrelsen att när det ligger inom en konventionell nivå är det vanligtvis den behandlande läkaren, som har bäst möjlighet att lägga märke till beroendeutvecklingen och är således bäst lämpad att hjälpa sin patient att bryta beroendet. Detta innebär att de flesta patienterna kan komma att få hjälp inom primärvården med att sluta med sin medicinering. Vid högdosberoende är det ofta besvärligt att genomföra avgiftning i öppenvården eftersom det kan vara svårt att vid allvarlig läkemedelsproblematik konstatera om patienten håller sig drogfri. Socialstyrelsen skriver vidare att de som har försökt med nedtrappning men misslyckats inom öppenvården eller de som har mycket hög toleransnivå, bör hänvisas till specialister inom psykiatrin. Det kan vara lämpligt att samla alla patienter med läkemedelsberoende i en enhet, så att avgiftning och rehabilitering kan bedrivas med en hög kompetens (ibid. s.42)

Information och förhållningssätt

Enligt Socialstyrelsen är syftet med information om beroendeframkallande psykofarmaka att öka kunskapen om läkemedlen, deras verkningsätt och biverkningar samt att förmedla anvisningar för hur de skall användas. Förebyggande insatser har en mycket stor betydelse för att lyckas motverka att beroende utvecklas. Det handlar dels om åtgärder riktade till hela befolkningen dels om åtgärder riktade mot vissa grupper. Personer med alkoholproblem kan ses som den största riskgruppen (ibid. s.52).

Socialstyrelsen skriver att enligt socialtjänstlagen skall socialnämnden arbeta vidare på att förebygga och motverka missbruk av alkohol och beroendeframkallande medel. För att socialtjänsten skall klara uppgiften när det gäller beroendeframkallande psykofarmaka behövs det att personalgrupperna har kunskaper om läkemedlen. Den läkemedelsinformation som ges till socialtjänstens personal måste vara på likartat sätt som till personal inom sjuvården, och då ges i form av fortbildning (ibid. s.54).

Enligt Socialstyrelsen går det inte att i förväg se vilka som kommer att utveckla ett beroende. Det är därför nödvändigt med en försiktighet när det gäller på vilket sätt som medicineringen sätts in. Socialstyrelsen anser att förskrivningen av beroendeframkallande läkemedel bör vara särskilt försiktig till:

- Unga patienter.
- Patienter med realångest (ångestreaktion på levnadsförhållanden).
- Patienter som antas behöva psykofarmaka under lång tid.
- Patienter som behöver dosökning.
- Patienter som själva begär ytterliggare förskrivning.
- Patienter som är kända missbrukare, eller har närstående som är missbrukare.
- Patienter som är relativt okända för läkaren.

När läkemedel skrivs ut till ovanstående patientgrupper bör enligt Socialstyrelsen läkaren bestämma sig för sådana mediciner som inte medför att patienten blir tillvand till läkemedlet. Under den tid som medicineringen pågår bör den behandlande läkaren ha kontakt med patienten regelbundet. Patienten bör även få förslag på alternativ terapi.

Vissa läkare tar ekonomisk hänsyn till sina patienter genom att förskriva stora läkemedelsförpackningar. Den patient som har frikort är ofta angelägen att få ut så mycket medicin som möjligt under den tid frikortet gäller. Detta kan leda till att vissa patienter ökar sin läkemedelskonsumtion och riskerar att hamna i ett läkemedelsberoende (ibid. s.56-57).

Framförhållning

Socialstyrelsen skriver vidare att om det förebyggande arbetet skall bli slagkraftigt, behövs det kunskap om användningen av lugnande medel och sömnmedel hos befolkningen, men även om läkarkårens vanor att förskriva läkemedel samt kunskap om de riskfaktorer som finns för beroendutveckling. Socialstyrelsen anser att sambandet mellan konsumtion och utveckling av beroende samt skadligt bruk av mediciner behöver belysas. Det saknas dokumenterad fakta när det gäller risken för beroende- respektive missbruksutveckling för mediciner inom gruppen sömnmedel och lugnande. Enligt Socialstyrelsen finns det behov av ny forskning inom området, detta förutsätter engagemang från många olika enheter inom samhället som centrala myndigheter, hälso- och sjukvården och forskare. Fortfarande har inget ett samlat grepp tagits inom forskningen på detta område (ibid. s.60-61).

3.2 RFV

Beroende

Riksförsäkringsverket (RFV) gjorde 2003 en forskningsstudie där syftet bland annat var att kartlägga de sjukskrivnas användning av smärtstillande och sömn- och lugnande medel. Meningen var även att undersöka i vilken omfattning som läkemedelsanvändarna utvecklat ett läkemedelsberoende.

Svensk och internationell forskning har visat att vid långvarig användning av centralt verkande läkemedel, såsom sömn- och lugnande medel i vissa fall kan ha motsatt effekt på hälsan och öka risken för att förbli sjukskriven (RFV 2003, s.7).

Resultatet av RFV: studie visade att nära en femtedel av alla sjukskrivna med en sjukskrivning på 15-60 dagar, använde antingen smärtstillande-, sömn- eller lugnande medel. En tredjedel av denna grupp hade använt läkemedlen regelbundet över ett år. Detta kan enligt RFV betraktas som lång tid med utgångspunkt från rekommendationerna vid förskrivning av dessa läkemedel, som säger att användning skall ske under kortast möjliga tidsperiod. Ungefär en tredjedel av användarna hade utvecklat ett beroende eller en fysiologisk tillvänjning av dessa läkemedel (ibid. s.8)

Hälsoutveckling

Risken för att bli beroende vid nyttjande av dessa läkemedel ser RFV som ett allvarligt problem. RFV kom fram till att det förelåg ett tydligt samband mellan användningstid och beroende, där beroende av smärtstillande mediciner är vanligare förekommande än beroende av sömn- och lugnande medel. Mindre än hälften av dem som använde smärtstillande, sömn- och lugnande medel hade blivit informerade av en läkare om risken att utveckla beroende. RFV anser att oavsett om patienterna hade utvecklat beroende eller inte, hade de som tog smärtstillande, sömn- och lugnande medel i större utsträckning en negativ syn på framtiden ur ett hälso- och arbetsperspektiv. Mer än en tredjedel av dem som använde läkemedlen under längre tid än ett år upplevde att de mådde dåligt såväl vid enkättillfället ett år tidigare likväl som nu (ibid. s.8).

RVF gjorde en beräkning utifrån resultaten i denna studie, och fann då med hänsyn tagen till läkemedelsanvändningen vid olika längder på sjukskrivningen, att ca 334 000 av Sveriges befolkning i åldern 20-64 år kan vara användare av centralt verkande analgetika, sömn- och lugnande läkemedel. Av denna kategori kan ca 100 000 vara läkemedelsberoende, en fjärdedel av denna grupp är sjukskrivna, bedömer RFV (ibid. s.9).

3.3 Stockholms läns landsting

Omfattning

I rapporten *Läkemedelsberoende: Lugnande mediciner, sömnmedel och smärtstillande medel* framtagen av Britt Vikander för Stockholms läns landsting, uppskattas antalet läkemedelsberoende personer i Sverige vara mellan 80 000 och 200 000. Siffrorna är oprecisa därför att läkemedelsberoende är ett dolt problem, då en del människor skäms för att berätta för sina anhöriga och söker därför ej hjälp. Enligt Vikander skrivs det i Sverige ut bensodiazepiner vid ca tre miljoner recepttillfällen varje år. Dessa uppgifter om användningen baseras på Apotekets försäljningsstatistik vilket i sig inte är ett säkert mätinstrument på konsumtionen eftersom alla läkemedel inte säljs legalt (Vikander 2004, s.7-13).

Förebyggande åtgärder

Myndigheter som exempelvis sjukvård, socialtjänst, tull och polis och samverkan dem emellan spelar enligt Vikander en avgörande roll när det gäller att förebygga läkemedelsberoende. Socialstyrelsen kan vara aktiv mot de förskrivare som inte tar ett ansvarsfullt och seriöst förhållningssätt när det gäller deras förskrivningsrätt. Ett lagförslag finns om att göra ett receptregister över enskilda läkares förskrivning av narkotikaklassade läkemedel som skall samlas in och registreras, och inte som i nuläget då det är patienternas egna enskilda läkemedelsinköp som registreras. Genom att delta i den offentliga diskussionen anser Vikander att sjukvården kan påverka allmänhetens och samhällets syn på droger och läkemedel. Sjukvårdens attityder påverkar även vårdkulturen som är en viktig faktor vid exempelvis bemötande; att skapa en dialog med patienten, intressera sig och inte slentrianmässigt skriva ut recept (ibid. s.48).

Målsättning

Vikander menar att arbetsgivarna har en lagstadgad skyldighet när det gäller att upprätta ett policyprogram avseende droger på arbetet. Denna policy bör vara inriktad på förebyggande arbete, att tidigt identifiera och påbörja behandling och rehabilitering.

Prevention inom sjukvården kan omfatta åtgärder för att försäkra att förskrivningen av bensodiazepiner och opioider är adekvat och grundad på korrekt diagnostik och att regelmässig uppföljning samt insatser mot beroendutveckling sker. Den övergripande målsättningen bör enligt Vikander vara att minska beroende och missbruk genom information till den enskilde personen samt att öka läkarnas kunskaper om läkemedelsberoende. Hälso- och sjukvården har ett stort ansvar när det gäller informera, motverka och förebygga förskrivningen av beroendeframkallande läkemedel (ibid. s.48).

Enligt Vikander är sjukvårdens allmänna rekommendationer vid förskrivning av beroendeframkallande läkemedel att:

- Innan läkemedel skrivs ut bör läkaren känna patientens identitet och noggrant sätta sig in i patientens symtom och problem.
- Endast kliniskt viktiga symtom bör behandlas.
- Förskrivning bör ej ske vid första kontakten med patienten.
- Bensodiazepiner bör vara en andrahandslösning.
- Försöka hålla dosen låg och behandling under kort tid.
- Tidigare beroende av narkotika eller alkohol eller läkemedelsberoende kräver särskild vaksamhet.
- Doseringen bör vara oregelbunden för att beroende inte skall uppstå.
- Beroendenaspekten bör fortlöpande beaktas under den tid behandlingen äger rum.
- Läkaren som påbörjar behandlingen bör se till att behandlingsplanen följs.
- Läkaren som ordinerar ett läkemedel som är beroendeframkallande har ansvaret för behandlingen tills annan läkarkollega tar över.
- Att gärna använda antidepressiva medel vid inslag av depressivitet och ångest.

Ovanstående råd avser situationer där både läkaren och patienten är överens om att läkemedlet har blivit ett problem och att nedtrappning bör ske (ibid. s.49-50).

3.4 NEPI: Bensodiazepiner och deras analoger

NEPI (Nätverk för läkemedelsepidemiologi) har tillkommit på initiativ av Sveriges riksdag och socialdepartementet och verkar för att en medicinsk och ekonomiskt riktig läkemedelsanvändning. Genom forskning, studier, analyser och information arbetar NEPI för att uppnå en adekvat läkemedelsanvändning. NEPI samverkar med läkare, sjuksköterskor och apotekare såväl i som utanför Sverige (NEPI, 2002).

Bensodiazepiner och deras analoger kan dämpa ångest, oro och sömnbesvär, och de är även kramplösande och muskelavslappande. De är enligt NEPI rapporten de mest effektiva lugnande medel och sömnmedel som idag finns att tillgå. Dessa läkemedel har också låg giftighet vilket innebär att det är svårt för människor att överdosera dessa läkemedel i suicidsyfte. Den låga giftigheten gäller enbart under förutsättning att inga andra medel samtidigt intas som exempelvis alkohol eller analgetika (ibid. s.7).

Utköp på apotek

Tillsammans med NEPI genomförde Centrala läkemedelskommittén i Jönköping läns landsting, läkemedelsrådet i Skåne och Apoteket AB en studie där syftet var att undersöka användningen av Bensodiazepiner och deras analoger i relation till beroendutvecklingen. Studien fick även ekonomiskt stöd av folkhälsoinstitutet. Undersökningen omfattade användningen av dessa preparat i kommunerna i Region Skåne och i Jönköpings län, relaterad till ålders- och könsfördelning samt till olika socioekonomiska faktorer. Studien omfattade enligt NEPI även en enkät som delades ut till patienter som i apotek i Jönköping och Gnosjö hämtade ut Bensodiazepiner och bensodiazepinanaloger vars utköp var en fortsättning på tidigare utköp. I den studie som NEPI genomförde lät de patientens egen uppfattning vara avgörande huruvida personen i fråga var läkemedelsberoende eller ej (ibid. s.8-10).

Socioekonomiska faktorer

Enligt NEPI var kommunernas användning av Bensodiazepiner och –analoger samvarierade med det beräknade socioekonomiska index (SEI) både i Skåne och i Jönköpings län. Samvariationerna gick emellertid i motsatta riktningar. I Skåne så kunde man urskilja ett samband mellan att höginkomsttagare och högutbildade var förknippade med en lägre

användning av bensodiazepiner och -analoger. Det motsatta förhållandet rådde i Jönköpings län, höginkomsttagare och högutbildad var associerat till en högre användning (ibid. s.12).

Långtidsanvändare i majoritet

I Skånes och Jönköpings kommuner hade enligt NEPI 75 % av patienterna som ingick i studien använt Bensodiazepiner och –analoger mellan 1-5 år och ibland ännu längre. I båda kommunerna angav fler än hälften av de som svarat att de kände sig beroende av dessa läkemedel (ibid. s.13).

Geografisk variation och områdesfaktorer

Enligt NEPI: s rapport har det visat sig att det finns en geografisk variation i användandet av bensodiazepiner. Under lång tid har användandet per capita av bensodiazepiner varit mest omfattande i Skåne och Västsverige, i synnerhet i Helsingborg, Malmö och Göteborg. Sedan ett par år har detta mönster i viss mån förändrats då Jönköpings län haft den största användningen av bensodiazepiner i landet. Enligt NEPI har Gnosjö och Gislaved som är två kommuner i samma län haft en låg användning. Skåne visar även en stor variation i användandet mellan olika kommuner, Malmö och Helsingborg har mycket hög nivå i användandet av lugnande medel och sömnmedel medan i Hörby och Sjöbo har användningen av samma preparat legat på en låg nivå. NEPI: s rapport menar att variationen i användningen kan vara ett uttryck för skillnader i behov, tillgång och terapeutiska traditioner hos läkarkåren. Hemortens sociala struktur kan också påverka läkemedelsanvändningen genom exempelvis spridning av information om läkemedeleffekter eller tillsyn om avvikande användning (ibid. s.9).

3.5 RFHL (Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende)

Verksamhet

RFHL är en solidaritetsrörelse för och med människor som har problem med droger och läkemedel. Medlemmarna består till stor del av före detta narkomaner och av människor som har eller haft ett läkemedelsberoende. RFHL bildades 1965 av Frank Hirschfeldt tillsammans med andra personer som av olika skäl kommit att intressera sig för narkotikafrågan. Det var t ex läkare, psykologer och anhöriga till missbrukare som ville balansera och tillföra kunskap till den debatt som uppstått kring narkotikafrågan, som var en ganska ny företeelse vid den

tidpunkten. Namnet RFHL valdes utifrån att allt det man då kallade narkotika, var läkemedel, som så småningom kom att narkotikaklassas (RFHL 2005, A.).

I mitten på sjuttioalet kontaktades RFHL av ett antal personer som uppgav att de var läkemedelsmissbrukare. När organisationen insåg att det var ett angeläget problem och att dessa människor inte kände att de hade någon att vända sig till startade de utifrån detta upp sitt första läkemedelsprojekt. RFHL har genom sina medlemmar och praktisk verksamhet förstått att skalan legala och illegala läkemedel är flytande, det som är läkemedel idag kan vara narkotikaklassat imorgon. De narkotikaklassade preparat som finns som substitutionsbehandling (ex metadon) och lugnande medel finns både på den legala och illegala marknaden.

Gemensamt för dessa preparat är att de är beroendeframkallande och ger abstinenssymptom. De nya antidepressiva preparaten ger också mängder med biverkningar menar RFHL (ibid. A.). Riksförbundet anser att kriser tillhör livet och skall ej psykiatiseras. De menar att det bör satsas på behandling av psykiska störningar och kristillstånd och att minska förskrivningen av beroendeframkallande läkemedel. Sanktioner bör riktas mot läkare som skriver ut dessa läkemedel till missbrukare anser RFHL (ibid. B.).

Opinionsbildning

Enligt RFHL arbetar de på flera olika plan samtidigt, en av rörelsens uppgifter är att man på olika sätt stöttar sina medlemmar. Stödfunktionen gällande läkemedelsberoende handlar om att ge stöd på lokal nivå, man hjälper även människor att förstå effekterna av sina mediciner och fungerar som stöd vid nedtrappning av läkemedel. Det socialpolitiska arbetet sker framförallt genom opinionsbildning och kunskapsspridning via publikationer, konferenser och annat för att öka uppmärksamheten kring detta stora folkhälsoproblem (ibid. C). RFHL: s praktiska arbete består bland annat av kamratstöd, länkgrupper där samtal sker i grupp, enskilda samtal kan även erbjudas, behandlingserbjudanden, informations- och opinionsarbete. Aktiviteter som teaterbesök, semesterveckor tillsammans är en bra metod för medlemmar som vill komma ur ett beroende (ibid. D.).

Hur många människor är läkemedelsberoende i Sverige?

RFHL menar att det inte går att säga exakt hur många människor som är läkemedelsberoende. Det finns stora mörkertal eftersom många människor skäms över att vara beroende (ibid. D.).

RFHL refererar till en statlig utredning, SOU 1996:133, *Jämställd vård -olika vård på lika villkor*, där undersökningen visar att mellan nio och femton procent av den vuxna svenska befolkningen använder sömn- eller lugnande medel. Det kan alltså röra sig om närmare 1 miljon svenskar som bedöms vara i behov av sömn - och lugnande medel. RFHL:s egen bedömning är att ca 200.000 personer i Sverige är beroende av lugnande och sömngivande medel på ett sådant sätt att de behöver någon form av hjälp för att sluta med tablettorna. Problemen med psykofarmaka beroende kan alltså inte reduceras till ett problem för några hundratal missbrukare. De menar att läkemedelsberoende är ett stort samhällsproblem som gäller alla samhällsgrupper (ibid. E.).

4. Enkätstudie

4.1 Tema 1

Kvalitativ studie

Vi ställde en kvalitativ fråga i kommunstudien för att försöka belysa på vilket sätt socialtjänsterna i Sverige, hanterar de ansökningar/anmälningar som inkommer från läkemedelsberoende individer. Svaren från de olika kommunerna var mycket varierande på den kvalitativa frågan som löd: Hur gör ni i er kommun med de anmälningar/ansökningar som kommer från läkemedelsberoende personer.

Resultat

Av Sveriges 290 kommuner svarade 62.8 % på enkäten. Av dessa 182 kommuner svarade 177 kommuner på denna fråga, vilket motsvarar ett internt bortfall på 2.8 % av kommunerna som svarat. Svaren som inkom från socialtjänsterna visade på stor variation i hur de ser på renodlat läkemedelsberoende huruvida det är ett problem som angår socialtjänsten eller ej. När det gäller läkemedelsberoende som en del av ett blandmissbruk så fanns det olikheter i hanteringen från socialtjänsternas sida. Vår avsikt med citaten nedan är att beskriva hur socialtjänsten kan bemöta de läkemedelsberoende klienter som anmäls/ansöker för sitt beroende. Med tanke på alla citat som kanske borde vara med, har vi valt ut de citat som vi tycker representerar olika synsätt inom socialtjänsten på ett bra sätt.

Hantering

En kategori av svar från socialtjänsterna består av att de **inte** särskiljer hanteringen av ansökningar/anmälningar från läkemedelsberoende gentemot andra inkomna ansökningar/anmälningar när det gäller andra missbruksproblem.

”Ansökningarna och anmälningarna behandlas och handläggs enligt samma rutiner som gäller för övrigt beroende” (Ekerö kommun).

”Ansökningar och anmälningar gällande läkemedelsberoende personer behandlas på samma sätt som andra ansökningar och anmälningar. En socialsekreterare kontaktar personen ifråga, inhämtar information och utifrån det görs en förhandsbedömning om att inleda utredning eller ej. Kontakt tas med sjukvård (läkare) för att få hjälp med ev. nedtrappning av läkemedlet. Vid en ev. placering på institution tar behandlingshemmet kontakter med sjukvården” (Ulricehamns kommun).

Andra socialtjänster hanterar ansökningar/anmälningar från personer som enbart har ett läkemedelsberoende och på läkemedelsberoende som samtidigt har andra missbrukproblem på olika sätt.

”När det kommer till socialtjänsten från ex läkare är det alltid alkohol/droger med i bilden som orsak till ansökan/kontakt. Vad som är huvuddrog kan vara svårt att bedömma. Det är inte ovanligt att personer som ordinerats bensodiazepiner kombinerar dem med alkohol. Renodlat läkemedelsberoende remitteras av läkare i Rättvik till lasarettet i Falun för avgiftning/behandling” (Rättviks kommun).

” Om det rör sig om enbart läkemedel så hänvisar vi alltid till hälso&sjukvården. I vårt område så samverkar Sandvikens, Ockelbo och Hofors kommuner med landstinget om ett gemensamt beroendecentrum. De eller hälsocentralen har ansvaret för behandling av läkemedelsberoende. Socialtjänsten går då inte in överhuvudtaget” (Ockelbo kommun).

Ett sätt att bemöta ansökningar från personer med läkemedelsproblematik kan vara att klienten till stor del kan få den hjälp han/hon behöver inom socialtjänstens verksamhet.

”Skulle en ansökan eller anmälan komma in hänvisar vi i första hand till vår öppenvårdsmottagning” (Årjängs kommun).

”I Lysekil hänvisas personer med denna problematik till vår missbruksenhet, som lyder under socialförvaltningen. Vi erbjuder läkarkontakt till enhetens konsultläkare och stöd- och motivationssamtal av sjuksköterskan” (Lysekils kommun).

En del socialtjänster anser att samarbete med sjukvården är ett bra sätt att hantera ansökningar/anmälningar från individer med läkemedelsproblematik.

”Dessutom driver vi tillsammans med landstinget en beroendemottagning dit man kan vända sig anonymt med beroendeproblem” (Degerfors kommun).

” Skillnaden kan väl ligga i att när det gäller endast läkemedelsmissbruk är samarbetet med sjukvården viktigt” (Sandvikens kommun).

Somliga socialtjänster anser att det är sjukvårdens ansvar att ta hand om det problem med läkemedelsproblematik som de själva har skapat genom att skriva ut mediciner som lett till ett beroende.

”Eda socialnämnds inställning är att behandling för läkemedelsberoende är landstingets ansvar” (Eda kommun).

”Hänvisar i första hand till Landstingets beroendemottagning” (Sigtuna kommun).

En del socialtjänster beskriver att ansökningarna/anmälningarna tas emot och behandlas på samma sätt som andra missbruks ansökningar/anmälningar. Detta kan exempelvis ske i form av samtal, utredning, kontakt med läkare, nedtrappning av läkemedel, medicinering och uppföljning. Medan andra socialtjänster beskriver att de behandlar ansökningar/anmälningar på olika sätt när det gäller enbart läkemedelsberoende, genom hänvisning till sjukvården. Läkemedelsberoende som samtidigt har andra missbruksproblem hanteras ofta inom socialtjänsten med eller utan samarbete med sjukvården.

I boken *Organisation – att beskriva och förstå organisationer* skriver Abrahamsson att arbetsfördelning och koordinering medför att en struktur uppkommer i organisationen, och därmed en nödvändighet av ledarskap och maktfördelning. Arbetsfördelningen fastställer vilka arbetsuppgifter den enskilde förväntas göra. Arbetsuppgifterna kommer att inverka på personens motivation, välbefinnande och vantrivsel (Abrahamsson 1998, s.262-263). I kommunerna kan maktstrukturen genom det politiska styret i socialnämnderna se varierande ut. Detta kan leda till att ledarskapet och maktfördelningen påverkar socialförvaltningarnas chefer i olika riktningar vilket kan förklara de olika synsätt som finns när det gäller handläggning av ärenden med läkemedelsproblematik.

Ett mönster bland svaren från socialtjänsterna, är att ibland använda sjukvården och psykiatrien som samarbetspartners. RFHL anser däremot att kriser är något som tillhör livets gång och skall därför ej psykiatriseras, de menar att det istället bör satsas på annan behandling av psykiska störningar och andra kristillstånd (RFHL 2005, B.).

Ett annat mönster när det gäller enkätstudiens första fråga är uppfattningen inom socialtjänsten att de läkemedelsberoende som fått sin medicin legalt förskrivna ifrån läkare och därigenom utvecklat ett beroende, skall också bli hjälpta inom sjukvården för sitt läkemedelsberoende. Socialstyrelsen menar att vid lågdosberoende är det vanligtvis den behandlande läkaren som är bäst lämpad att hjälpa patienten att bryta beroendet. Detta innebär att många av dessa patienter möjligtvis får hjälp inom primärvården med att avveckla sitt beroende. Vid högdosberoende är det ofta svårt att genomföra avgiftning i öppenvården, ett skäl till detta kan vara att det är svårigheter med att konstatera drogfrihet hos patienterna med svårare läkemedelsproblematik (Socialstyrelsen 1990, s.42). Andra anser att samverkan mellan sjukvård och socialtjänst är ett bra sätt att hantera problematiken med läkemedelsberoende. Någon informant uttrycker att det är svårt att bedöma vilken drog som är huvudproblemet hos klienten, för att därigenom kunna avgöra vilka insatser som bör göras inom socialtjänsten eller sjukvården.

Stadsdelar citat

Vi har valt att även ta med citat från stadsdelar i Stockholm, Göteborg och Malmö för att visa att handläggningen av ärenden med läkemedelsberoende sker på ett likartat sätt i jämförelse med övriga kommuner i landet. Stadsdelarnas socialsekreterare hanterar ansökningar från

läkemedelsberoende på samma sätt som andra missbruks ansökningar/anmälningar som inkommer till förvaltningen.

Stadsdelsförvaltningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö uttrycker att de **inte** särskiljer hanteringen av ansökningar/anmälningar från läkemedelsberoende gentemot andra inkomna ansökningar/anmälningar när det gäller andra missbruksproblem.

”På fråga ett har samtliga svarat att man har samma rutiner som man har vid anmälningar om drogmissbruk” (Malmö Stad Södra innerstaden SDF).

En del Stadsdelar uttrycker att de gör skillnad när de hanterar ansökningar/anmälningar från personer som enbart har ett läkemedelsberoende och på läkemedelsberoende som samtidigt har andra missbrukproblem.

”Ang läkemedelsmissbruk hänvisar vi i första hand till sjukvården (SHL) för hjälp att hantera, trappa ner, avgifta från läkemedelsberoende.I den mån det utgör en del av ett mer omfattande missbruk, görs ju utredning i sedvanlig ordning för att undersöka vilka behov som finns och vem eller vad som kan tillgodose behovet av hjälp” (SDF Biskopsgården, Göteborg).

Andra stadsdelar anser att samarbete med sjukvården är ett bra sätt att hantera ansökningar/anmälningar från individer med läkemedelsproblematik.

”Under denna utredningsperiod får klienten i regel också kontakt med vår lokala beroendemottagning som sitter i samma korridor som oss, dvs sjuksköterskor och läkare som tillhör Stockholms beroendecentrum. De kan kompettera med provtagning och läkarbedömning, nedtrappning, remittering till avgiftning etc. Den slutliga vårdplanen gör vi gemensamt, och blir det fråga om insatser i öppenvård samarbetar socialtjänst och landsting tätt kring klienten” (Spånga- Tensta stadsdel, Stockholm).

Somliga stadsdelar anser att det är sjukvårdens ansvar att ta hand om det problem med läkemedelsproblematik som de själva har skapat genom att skriva ut mediciner som lett till ett beroende.

”I första hand hänvisar vi till annan huvudman, sjukvården, som är den instans som förskriver läkemedel och förfogar över avgiftningsinsatserna” (Rosengårds stadsdel, Malmö).

Det går inte fullt ut att utläsa huruvida läkemedelsberoende får sina behov tillgodosedda inom socialtjänstens verksamhet i storstädernas stadsdelar. Generellt sett gäller detta även de andra mönster vi valt att föra fram, detta kan bero på att stadsdelarna är färre till antalet än de kommuner som svarat. Vi har således haft färre svar att utgå ifrån när vi försökt se mönster i handläggningen hos stadsdelsförvaltningarna i Sveriges storstäder. En inställning till läkemedelsberoende är att socialtjänsterna hänvisar till sjukvården när de kommer i kontakt med personer med läkemedelsproblematik. En annan uppfattning bland stadsdelarna är att de anser liksom övriga kommuner att samarbetet med sjukvården är viktigt för personer med läkemedelsberoende som samtidigt har behov av stöd från socialtjänsten. Bergmark och Oscarsson skriver i boken *Sociala problem* att om missbruk skall kunna erkännas som ett socialt problem krävs det att personer avviker i sitt bruk och konsekvenser av bruk som kan leda till problem för både missbrukaren såväl som för samhället (Bergmark & Oscarsson 2000, s.143). Det kan vara så att somliga socialtjänster inte erkänner läkemedelsberoende som ett socialt problem därför att de anser läkemedelsberoende inte avviker i sitt bruk, och konsekvenser av bruk i tillräcklig omfattning för att kunna erkännas som ett socialt problem. Detta resonemang kan spegla en uppfattning från socialtjänsten som handlar om att läkemedelsberoende inte är ett socialt problem, utan ett medicinskt problem som skall hanteras inom sjukvården. Somliga stadsdelar menar att samarbetet med sjukvården är viktigt och självklart för att den läkemedelsberoende skall ha de bästa förutsättningar för att kunna bli kvitt sitt beroende. I de stadsdelar där man resonerar på detta sätt anser man således att läkemedelsberoende är ett socialt problem som kan hanteras inom socialtjänsten med sjukvården som samarbetspartner.

4.2 Tema 2

Kvantitativ studie

En av de två kvantitativa frågorna i kommunstudien ställdes för att belysa omfattningen av ansökningar/anmälningar av renodlat läkemedelsberoende på socialtjänsterna i Sverige.

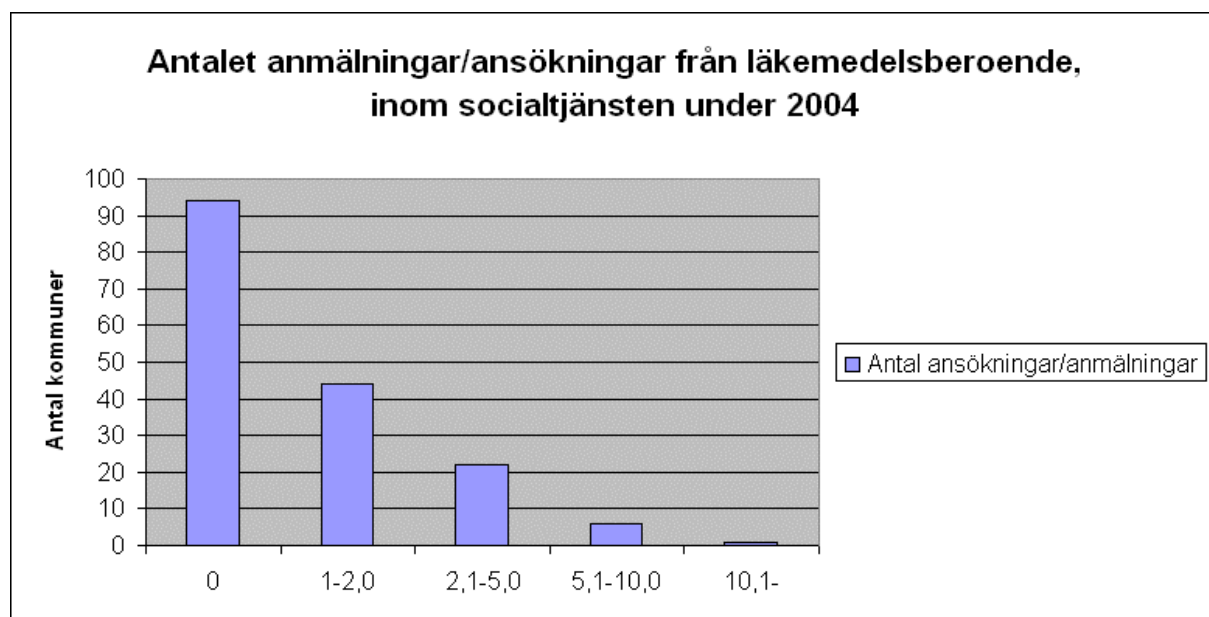
Hur många har ansökt eller blivit anmälda för sitt läkemedelsberoende på socialförvaltningen i er kommun under 2004?

Resultat

Av Sveriges 290 kommuner svarade 62.8 % på enkäten. Av dessa 182 kommuner svarade 171 kommuner på denna fråga, vilket motsvarar ett internt bortfall på 6.1 % av de kommuner som svarade på enkäten.

Socialtjänsterna ombads att göra en uppskattning på antalet ansökningar/anmälningar från läkemedelsberoende, detta innebar att vi exempelvis fick svaret att en socialförvaltning kunde svara att de fått 2-3 ansökningar/anmälningar under 2004. Vi räknade därför medelvärde till 2,5 ansökningar/anmälningar vilket resulterade i stapeldiagrammets ojämna tiondelar.

Kommundiagram läkemedelsberoende



Diagrammet ovan visar på att det är många kommuner som inte har fått in några ansökningar/anmälningar från läkemedelsberoende personer. De kommuner som överhuvudtaget fått in ansökningar/anmälningar har enligt diagrammet ovan tagit emot få under 2004. Det kan förefalla som om en del socialtjänster haft svårigheter med att tolka begreppet läkemedelsberoende. Även om det har skett i begränsad omfattning går det ändå inte att bortse från att somliga socialtjänster möjligtvis tolkat läkemedelsmissbruk såsom läkemedelsberoende.

I den litteratur och forskning som vi tagit del av under uppsatsens gång visar på olika tolkningar av begreppen, det är därför inte förvånande att informanternas uppfattning om vad som är beroende och missbruk varierar. Enligt en NEPI rapport så definieras ofta ”beroende” på olika sätt av allmänhet, klienter, professionella och journalister. I studien som NEPI låtit göra har de valt att låta klientens egen uppfattning vara avgörande i definitionen av beroende (NEPI 2002, s.8).

Vår avsikt med citatet nedan är att beskriva hur socialtjänsten kan se på de läkemedelsberoende klienter som blivit anmälda/ansöker för sitt beroende. Vi vill också visa att det finns olika förklaringar till varför antalet ansökningar/anmälningar är så få inom socialtjänsten.

”Låter intressant och spännande. Behövs säkert studeras närmare. Socialtjänsten i Sundbyberg har haft mycket få ärenden med renodlat läkemedelsmissbruk. Det är sannolikt ett dolt missbruk med ett stort mörkertal. Personer med denna problematik verkar inte så benägna att söka hjälp hos socialtjänsten. Det kommer också in få anmälningar. En förklaring kan vara att dessa människor ofta utåt sett kan fungera socialt (arbete, bostad, familj). De är sällan utslagna och har stor förmåga att manipulera läkare och annan omgivning” (Sundbyberg).

Enligt Socialstyrelsen har primärt läkemedelsberoende ofta haft goda sociala förhållanden med arbete och utbildning. Patientgruppen har inte samma sociala belastning som en del andra drogmissbrukare har (Socialstyrelsen 1990, s.36). Socialstyrelsens uppfattning stämmer väl överens med vissa informanternas åsikt om att läkemedelsberoende personer utåt sett ofta har ett väl fungerande socialt liv.

Mörkertal

Det stora mörkertal som uttrycks i citatet kan ha sin förklaring i att det kan uppfattas nedvärderande och skamligt av den läkemedelsberoende att söka hjälp hos socialtjänsten. Enligt Eriksson och hennes stämplingsteoretiska resonemang visar att en effektiv stämpling kan ske genom att socialarbetaren är en ”förståsigpåare” eller auktoritär och bestämmande. Dessa förhållningssätt innebär att socialarbetaren betraktar klienten som liten och oduglig, detta kan i sin tur leda till att klienten tar till sig socialarbetarens syn och ser sig själv som svag och oduglig (Eriksson 1979, s.43-44). En anledning till varför läkemedelsberoende

personer som är socialt etablerade inte söker hjälp hos socialtjänsten i större utsträckning, kan bero på att de vill skydda sig från att bli stämplade och nedtryckta av socialarbetaren, jämfört med att söka sig till en läkare inom primärvården. En tänkbar förklaring kan vara att socialt etablerade personer föredrar att ha kontakt med sin läkare på vårdcentralen där läkemedelsberoendet ses som ett medicinskt problem, framför att söka hjälp hos socialtjänsten där föreställningar om att barnen kan omhändertaras, man är kanske rädd för att bli stämplad och bemött som en missbrukare.

Citatet nedan speglar en uppfattning inom socialtjänsten var människor med läkemedelsproblematik vänder sig.

”Ytters sällsynt fråga inom socialtjänsten. Läkemedelproblematiken förmodar jag behandlas inom sjukvården” (Skövde kommun)

En förklaring till varför så få ansökningar inkommer till socialförvaltningarna kan vara att läkemedelsberoende själva söker sig till sjukvården eller att enskilda läkare själva uppmärksammar, behandlar och/eller remitterar människor med läkemedelsberoende till beroendeenheter inom landstinget.

Detta citat uttrycker att somliga socialtjänster anser att de inte är den egna organisationens problem att lösa, det är istället sjukvårdsorganisationens angelägenhet.

”I utredningen försöker vi få till gemensamma träffar med läkare som ordinerat medicineringen, såvida man nu inte ordnat tablettarna på "egen hand ". Läkarnas kompetens behövs bl.a för att disk nedtrappning m.m. Men även för att de ska ta sitt ansvar, dvs om ett problem uppstått pga felaktig/bristfällig kontroll vad gäller förskrivning av tablett så borde de rimligtvis ta behandlingsansvaret när det gäller nedtrappning/behandling m.m” (Vännäs kommun)

Organisationsteori

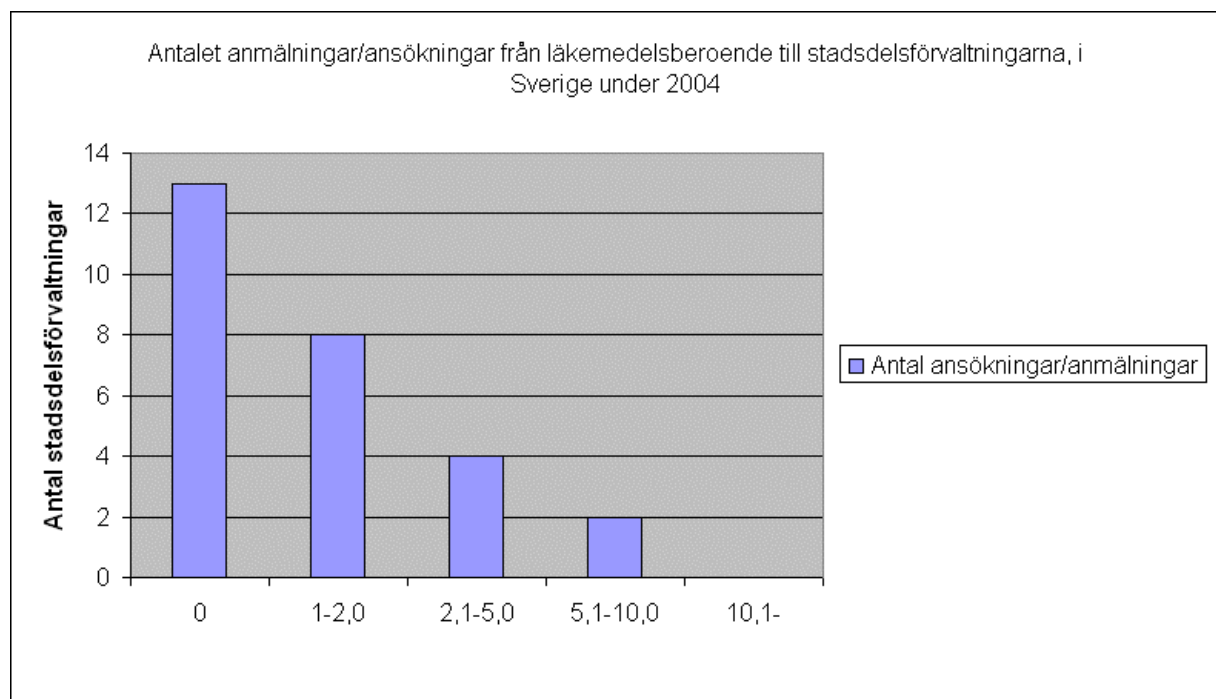
Abrahamssons och hans resonemang kring organisationsteorin innebär att organisationskulturen får betydelse när det gäller på vilket sätt arbetet utförs och hur inre arbetsförhållande mellan människor ser ut. Organisationerna är beroende av att tillförsäkra sig resurser från sin omgivning, därför måste de göra något så att kopplingen blir direkt mellan

omgivning, mål och strategi. Abrahamsson menar att det beror på i vilken grad organisation når sina uppsatta mål och tillfredsställer förväntningarna, som utgör det vi kallar effektivitet. Hur effektiv en organisation är inverkar på dess legitimitet, och en hög legitimitet ökar organisationens möjlighet till effektivitet (Abrahamsson 1998, s.263). Eftersom socialförvaltningarna är beroende av skattemedel för sitt existerande kan det framstå som ekonomiskt effektivt att hänvisa läkemedelsberoende till sjukvården. När socialförvaltningarna undkommer dessa kostnader kan detta leda till att organisationen upplevs som effektiv genom att klienter med traditionella sociala problem kan få de resurser som finns att tillgå inom socialtjänsten och därigenom ökar legitimiteten.

Resultat, stadsdelsförvaltning

Av Stockholm, Göteborg och Malmös 53 stadsdelar svarade 52,8 % på enkäten. Av dessa 53 stadsdelar svarade 27 stadsdelar på denna fråga, vilket motsvarar ett internt bortfall på 3,6 % av de stadsdelar som svarade på enkäten. Diagrammet över stadsdelsförvaltningarna åskådliggör ett likartat mönster i antalet anmälningar/ansökningar från läkemedelsberoende i jämförelse mellan storstadskommuner och övriga kommuner. Diagrammet visar att de flesta stadsdelsförvaltningar fick in mellan noll och två anmälningar/ansökningar från läkemedelsberoende under 2004.

Stadsdelsdiagram



4.3 Tema 3

Kvantitativ studie

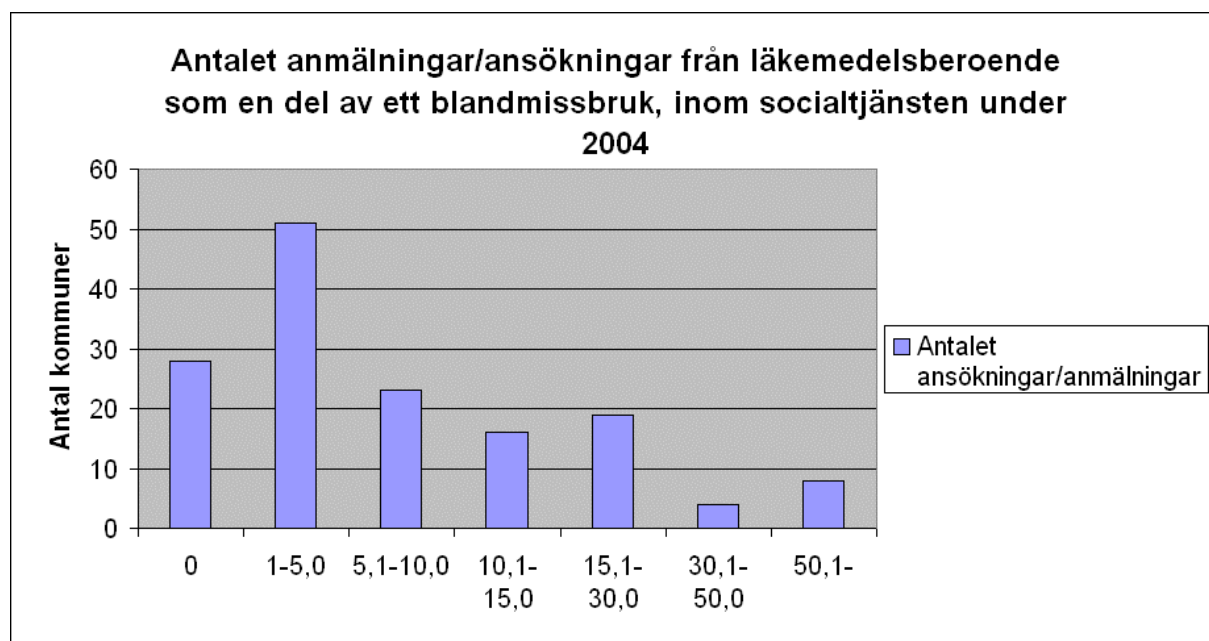
Den andra kvantitativa frågan ställdes för att belysa omfattningen av antalet anmälningar/ansökningar från läkemedelsberoende med ett samtidigt blandmissbruk, men även för att minska risken för sammanblandning mellan denna grupp och gruppen renodlat läkemedelsberoende.

Frågan ställdes: Hur många har ansökt eller blivit anmälda för sitt läkemedelberoende som en del av ett blandmissbruk på socialförvaltningen i er kommun under 2004?

Resultat

Av Sveriges 290 kommuner svarade 62.8 (%) på enkäten. Av dessa 182 kommuner svarade 154 kommuner på denna fråga, vilket motsvarar ett internt bortfall på 15.4 % av de kommuner som svarade på enkäten.

Kommundiagram



Diagrammet ovan visar på att det är stor spridning på antalet ansökningar/anmälningar inkommit till de olika socialförvaltningarna. En förklaring kan vara det NEPI kallar för områdesfaktorer, att exempelvis spridning av information av läkemedels effekter eller tillsyn om avvikande läkemedelsanvändning sker i varierande omfattning i olika kommuner (NEPI 2002, s.9). Det NEPI beskriver är att en skärpt tillsyn i vissa kommuner av avvikande läkemedelsanvändning kan göra att läkarna blir mer restriktiva i sin förskrivning, vilket i sin

tur kan vara en förklaring till den stora spridning av antalet ansökningar/anmälningar som inkommit till socialtjänsten.

Över hälften av kommunerna som svarat på fråga tre har haft mellan noll och tio ansökningar/anmälningar under 2004. Somliga kommuner i denna grupp har möjligtvis tolkat vår fråga som att läkemedelsberoendet skall vara ett primärt problem för blandmissbrukarna om dessa personers ansökningar/anmälningar skall medräknas. Detta kan vara en förklaring till det låga antalet ansökningar/anmälningar hos en del kommuner. Abrahamsson menar i sin organisationsteori att organisationskulturen får betydelse när det gäller på vilket sätt arbetet utförs och hur de inre arbetsförhållandena ser ut i organisationen (Abrahamsson 1998, s.262-263). Detta kan vara en förklaring till att spridningen av information och tillsyn om avvikande användning varierar mellan olika kommuner.

Illegala läkemedel

Citatet nedan visar på problemet med läkemedel som anskaffats på illegal väg, detta kan vara en förklaring till varför det är en skillnad i antalet anmälningar/ansökningar från läkemedelsberoende kommuner emellan.

”Om personen har läkemedel utskrivet av läkare hänvisar vi till sjukvården och den behandlande läkaren. Om personen har ett läkemedelsberoende som härrör från att man har fått utskrivet av flera läkare och eventuellt även köpt läkemedel illegalt så hänvisar vi till sjukvården för avgiftning. Vi utreder givetvis om man därefter har behov av mer än avgiftning dvs. om det finns ett vårdbehov utöver sjukvård. Gäller det personer med blandmissbruk krävs oftare vård utöver avgiftning” (Trelleborgs kommun)

Analysproblem

Citatet nedan speglar de svårigheter som många socialförvaltningar uttryckte i sina svar, att datasystemen inte klarade av att utläsa antalet läkemedelsberoende som en del av ett blandmissbruk. Detta kan ha resulterat i att svarsfrekvensen på denna fråga blev lägre än på den första kvantitativa frågan men även att vi i större utsträckning fick svårtolkade uppgifter från informanterna.

”Det som ”kommit in” är dolt under missbruk, dvs. det finns nämnt som en del i ett blandmissbruk där läkemedel ingår. OCH tyvärr går det inte att urskilja hur många det handlar om” (Motala kommun)

Några socialtjänster anser att läkemedelsmissbruk och läkemedelsberoende är synonyma begrepp, således uppvisar dessa kommuner ett större antal anmälningar/ansökningar från läkemedelsberoende. Vi har under enkätstudiens gång insett att beroende/missbruk är begrepp som är svåra att definiera som tidigare behandlats under tema två.

Socialstyrelsen beskriver också svårigheten med att definiera begreppen beroende och missbruk, begreppen har under lång tid varit föremål för en rad försök till att få en enhetlig definition. Ingen definition kan enligt Socialstyrelsen sägas uppfylla alla krav, de menar att alla definitioner har brister i någon form eller i något avseende (Socialstyrelsen 1990, s.32).

Sjukvårdens synsätt

Citatet nedan speglar en syn att socionomer anser att läkarnas uppfattning har stor betydelse när det gäller vilken yrkesgrupp som skall handha läkemedelsberoende.

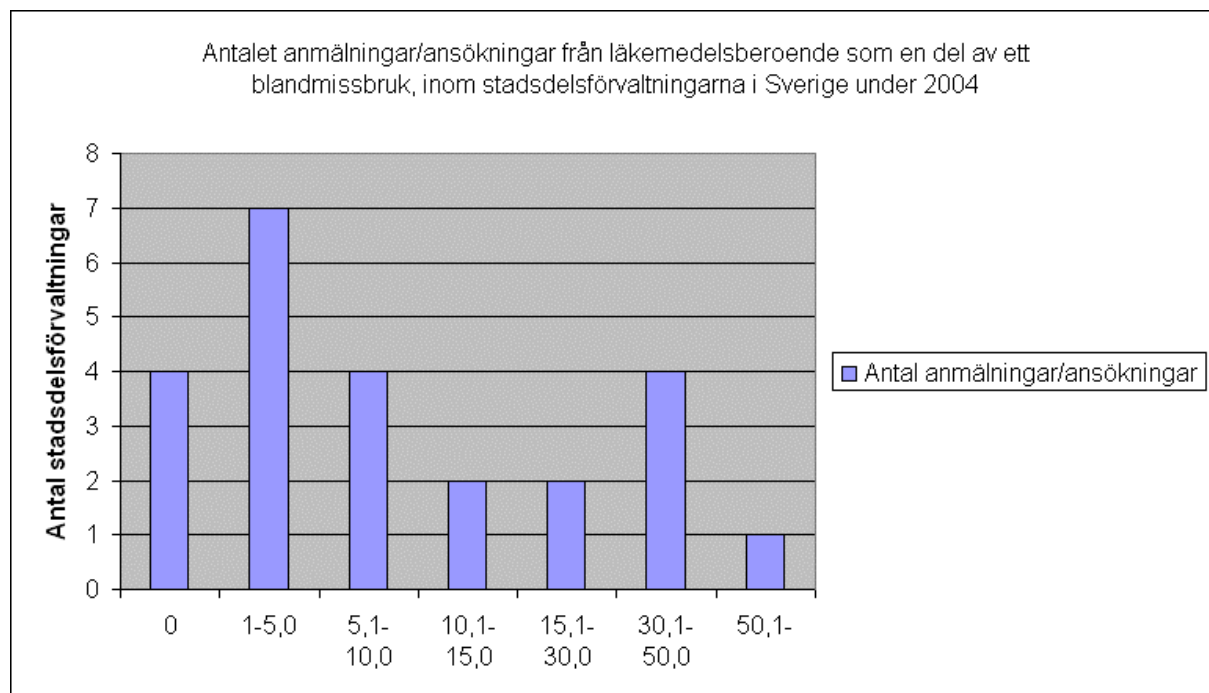
”Vi ser läkemedelsberoende som Landstingets angelägenhet, Läkare på beroendepsyk gör detsamma” (Umeå kommun).

Enligt studien kan det framstå som att beroende betraktas som sjukvårdens bekymmer när det gäller legalt förskrivna läkemedel, medan illegalt införskaffade läkemedel kan betraktas som socialtjänstens ansvar. Lundström och Sunesson beskriver i boken *Socialt arbete* att inom sjukvården har läkarna en stark överordnad position i förhållande till socionomer, detta kan innebära att det blir läkarnas perspektiv och åsikter som gör sig gällande. Läkarnas övertag som yrkesgrupp kan innebära att de får makt över de materiella resurserna inom sjukvården (Lundström & Sunesson 2000, s.66). Eftersom läkarna har denna överordnade position i förhållande till socionomer inom sjukvården kan detta leda till att läkarnas synsätt införlivas i socialtjänstens arbete och förhållningssätt gentemot läkemedelsberoende. Detta kan vara en anledning till att antalet anmälningar/ansökningar från läkemedelsberoende inom socialtjänsten är förhållandevis få i jämförelse med exempelvis den uppskattning Britt Vikander gjorde i en studie på uppdrag av Stockholm Läns Landsting, Vikander uppgav där att antalet läkemedelsberoende förmodligen ligger mellan 80 000 och 200 000 personer i Sverige (Vikander 2004, s.7).

Resultat stadsdelar

Av Stockholm, Göteborg och Malmös 53 stadsdelar svarade 52,8 % på enkäten. Av dessa 53 stadsdelar svarade 24 stadsdelar på denna fråga, vilket motsvarar ett internt bortfall på 14,3 % av de stadsdelar som svarade på enkäten. Vi valde att ta med diagrammet över stadsdelsförvaltningarna för att visa på ett likartat mönster i antalet anmälningar/ansökningar från läkemedelsberoende i jämförelse mellan storstadskommuner och övriga kommuner.

Stadsdelsdiagram

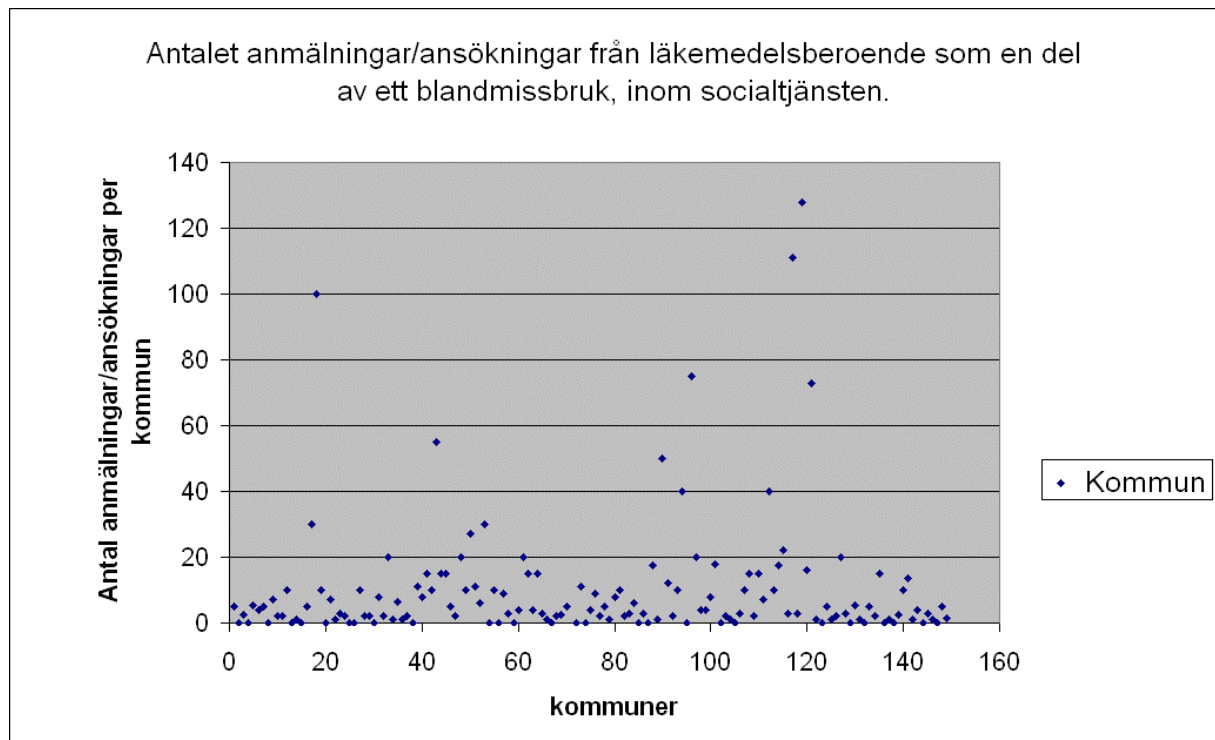


Spridningsbild

Spridningsdiagrammet nedan togs med för att visa hur stor spridningsbilden är bland alla de kommuner som har svarat. Vi har tagit bort siffran 700 anmälningar/ansökningar som en kommun svarade, dels för att vi antog att siffran var ett uttryck av feltolkning av begreppen läkemedelsberoende och läkemedelsmissbruk, och dels för att på ett bättre sätt kunna se spridningen på diagrammet. Diagrammet visar att de allra flesta kommuner hade färre än 20 anmälningar/ansökningar per kommun. Omkring 9 % av kommunerna som svarade på denna enkätfråga uppgav att de hade fått in mer än 20 ansökningar/anmälningar från läkemedelsberoende. En förklaring kan vara att dessa socialförvaltningar har tolkat begreppet läkemedelsberoende som del av ett blandmissbruk synonymt med läkemedelsmissbruk. En annan möjlig förklaring till spridningen kan vara att dessa socialförvaltningar är belägna i områden med läkare som frikostigt förskriver beroendeframkallande läkemedel. Det kan även bero på att socialtjänsten som har ett nära samarbete med sjukvården får in fler

anmälningar/ansökningar från läkemedelsberoende än de kommuner som anser att det är sjukvårdens problem.

Spridningsdiagram kommuner



5. Slutdiskussion

Vårt syfte med uppsatsen var att undersöka om läkemedelsberoende är en fråga för socialtjänsten och vad olika aktörer anser om problemet läkemedelsberoende. Vi skickade ut en enkät till alla Sveriges kommuner med en kvalitativ och två kvantitativa frågor. Våra frågeställningar grundade sig på vad socialtjänsten gör med de klienter som kommer in till socialförvaltningarna med en önskan om att få hjälp för sitt läkemedelsberoende, men även att försöka belysa i vilken omfattning det sker. Det kan förefalla som om en del socialtjänster inte anser läkemedelsberoende vara ett erkänt socialt problem, utan ett problem för socialt väletablerade människor. Resultatet av den kvalitativa frågan visar att en del socialtjänster anser att det är socialtjänsten som skall ta hand om läkemedelsproblematiken. Medan andra socialtjänster anser att samarbete med sjukvården är viktigt, en tredje kategori menar att det är sjukvården som skall lösa det problem som sjukvården själva har skapat.

Svarsfrekvens

Studiens svarsfrekvens blev 62.8 %. Resultatet på de kvantitativa frågorna var att det är få renodlat läkemedelsberoende som ansöker/anmäls för sitt beroende till socialtjänsten. I ca 80 % av kommunerna som svarat på frågan hade varje kommun mellan noll och två ansökningar under 2004. Den andra kvantitativa frågan ställdes för att undersöka hur många läkemedelsberoende som ansökt/anmälts för sitt läkemedelsberoende som en del av ett blandmissbruk i respektive kommun under 2004. Där blev svaret ganska splittrat, i ca 66 % av kommunsvaren på denna fråga blev svaret att varje kommun hade fått in mellan noll och tio ansökningar/anmälningar under 2004. Medan ca 5 % av kommunerna hade fått in fler än 50 ansökningar/anmälningar per kommun under 2004.

De svar vi fick in ifrån stadsdelsförvaltningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö indikerar på att antalet anmälningar och ansökningar från läkemedelsberoende inkommer i en likartad utsträckning som Sveriges övriga kommuner. Även själva handläggningen av ärenden med läkemedelsproblematik uppvisar ett liknande mönster, i jämförelse med Sveriges övriga kommuner. Det gick således inte att utläsa att klienter med läkemedelsproblematik skulle vara mer vanligt förekommande inom socialtjänsten i storstäderna, än i Sveriges övriga kommuner. Vi tror att det kan vara så att olika individuella- och områdesfaktorer har större påverkan på läkemedelsberoendets utbredning, än att koncentrationen av människor i storstäderna skulle leda till ett mera omfattande läkemedelsberoende.

Begreppsproblem

Den känsla vi får när vi studerar de olika svaren från kommunerna är att det råder en osäkerhet vad gäller begreppen läkemedelsberoende och läkemedelsmissbruk. Denna sammanblandning av begreppen kan bero på att vi inte var tydliga nog i vår frågeställning till socialtjänsterna. Men det kan även bero på att det inte finns en samsyn i samhället på begreppen läkemedelsberoende och läkemedelsmissbruk. Det kan tänkas att de kommuner som angett ett större antal anmälningar/ansökningar från läkemedelsberoende som en del av ett blandmissbruk, kan ha tolkat frågan som om att det gällde hur många läkemedelsmissbrukare med ett samtidigt blandmissbruk. När ingen åtskiljning gjorts mellan begreppen kan frekvensen av antalet ansökningar/anmälningar möjligtvis bli högre än hos de kommuner som separerat begreppen åt. Vi tror att den rådande begreppsosäkerheten hämmar det sociala arbetet inom den egna socialförvaltningen, genom att socialtjänstemannens egen

uppfattning om huruvida läkemedelsberoende är ett socialt problem, möjligen får ge vika för den officiella ståndpunkten i den enskilda organisationen. Detta kan leda till att klienten får en annan ”missbruksetikett” av socialtjänstemannen för att passa in i systemet, detta kan resultera i att klienter blir svåra att identifiera i datorsystem och register. Klienten kan börja stämpla sig själv och även bli stämplad av omgivningen som en missbrukare, när personen i själva verket kanske är läkemedelsberoende. Vi tror att läkemedelsberoende är en mindre stämplande benämning för klienten i förhållande till att få en missbruksetikett.

Spridning

Det finns olika förklaringar till den förhållandevis stora spridning av antalet anmälningar/ansökningar från läkemedelsberoende kommunerna emellan. Enligt NEPI kan en förklaring vara att det i en del kommuner finns läkare som förskriver läkemedel i större utsträckning än läkare i andra kommuner. Detta kan enligt NEPI förklara den geografiska skillnad som existerar när det gäller förskrivning av beroendeframkallande läkemedel. En annan möjlig orsak kan vara att det i somliga kommuner finns en större kontroll över hur mycket läkemedel det förskrivs av läkare. Kontrollen kan leda till att läkarna känner ett större tryck på sig att vara mer restriktiva i sin förskrivning av beroendeframkallande läkemedel (NEPI 2002, s. 9).

Omfattande läkemedelsproblematik

Olika aktörer talar om i olika studier att läkemedelsberoende är ett omfattande problem, RFV beräknade att utifrån antalet långtidssjukrivna uppskatta antalet läkemedelsberoende till ca 100 000 (RFV, 2003). Men även i studien som Britt Vikander gjorde för Stockholms läns landsting, där hennes uppskattning var att det finns mellan 80 000 och 200 000 läkemedelsberoende i Sverige (Vikander, 2004). Vi anser att det varierande antalet läkemedelsberoende i olika studier vittnar om den stora osäkerheten kring problematikens omfattning. Det har stundtals varit problematiskt att utröna hur trovärdiga uppgifterna är i de studier vi tagit del av, de uppskattningar som finns är svåra att ställa mot varandra eftersom det är få studier gjorda utifrån olika beräkningsmodeller.

Enkätstudie

I vår studie var det ca 200 klienter som socialtjänsterna ansåg vara renodlat läkemedelsberoende. När det gällde frågan om inkomna anmälningar/ansökningar

från läkemedelsberoende som en del av ett blandmissbruk blev det sammanlagda svaret ca 1500 personer. Av dessa 1500 personer ingår inte den kommun som uppgav att de hade 700 klienter med ett läkemedelsberoende som en del av ett blandmissbruk. Av de svar vi fått in går det att utläsa att det inte alltid är alla läkemedelsberoende som har blivit räknade eftersom det ibland varit tydligt att alla enheter inom en viss socialförvaltning ej svarat på vår förfrågan.

Dolt problem

Läkemedelsberoende är ofta ett dolt problem på grund av att många människor skäms över sitt beroende. Detta kan vara en anledning till att det är relativt få som söker sig till socialtjänsterna för att få hjälp med sitt läkemedelsberoende, i förhållande till det antalet läkemedelsberoende som olika aktörer uppskattar att det finns i Sverige. Meeuwisse och Swärd skriver att Merton menar att (Merton, 1976) när fler människor omfattas av ett problem eller när skadorna riskerar att bli stora, desto viktigare är problematiken. Sociala problem behöver inte vara tydliga utan de kan ligga dolda i samhället för att så småningom komma att bli erkänt som ett socialt problem (Meeuwisse & Swärd, 2002, s.98). Detta kan vara en anledning till att socialtjänsten inte anser att läkemedelsberoende är ett socialt problem, att problemet fortfarande inte omfattar tillräckligt många människor, eller att skadorna inte är tillräckligt stora. Men det är svårt att veta hur omfattande läkemedelsproblematiken är och hur stora skadorna blir på samhället. I motsats till Merton anser Bergmark och Oscarsson att om ett socialt problem skall kunna bli erkänt krävs det att problemet inte betraktas som individuella, moraliska eller medicinska och att det inte rör sig om ett folkhälsoproblem som angår stora grupper individer (Sunesson & Swärd 2000, s. 141-143). Dessa två sociala teorier skildrar vitt skilda synsätt över vad som kan betraktas som ett socialt problem. Dessa olika perspektiv speglar även socialtjänsternas varierande inställning för huruvida läkemedelsberoende skall betraktas som ett socialt problem.

Konsekvenser av olikheter i hanteringen

Om varje socialförvaltning utarbetar sin egen strategi för att bemöta läkemedelsproblematik, kan detta innebära att klienter med denna problematik inte med säkerhet kan veta var de ska vända sig. Risken finns att de "hamnar mellan stolarna" eftersom det inte verkar självklart från sjukvårdens eller socialtjänsternas sida över vems ansvar läkemedelsberoendet är. Vi tror att det finns ett behov av att utarbeta en nationellt övergripande, och gemensam helhetssyn

som kan identifiera läkemedelsproblematikens olika aspekter, för att därigenom kunna utveckla ett gemensamt arbetssätt som kan implementeras i de olika socialförvaltningarna.

Statistikproblem

Vår studie har visat på att många socialtjänster har svårt med att ta fram statistik för hur många läkemedelsberoende som varit i kontakt med respektive socialförvaltning under 2004. Vår uppfattning är att en del socialtjänster använder datorprogram där det enklare går att ta fram de uppgifter vi efterfrågat i studien, jämfört med andra kommuner som haft uppenbara problem med att analysera läkeproblematikens omfattning i den egna kommunen. Vi tror att om socialt arbete framgångsrikt skall kunna bedrivas, behöver system utvecklas som kan identifiera problem, och i vilken omfattning de förekommer, för att därigenom vidta åtgärder som är väsentliga i förhållande till problemet.

Aktörer

Den röda tråd som går att utläsa av de olika aktörernas syn på läkemedelsproblematiken är att det är ett omfattande problem som det behöver forskas kring. Primärt läkemedelsberoende är en grupp som inte har samma sociala belastning som kan ses bland klienter med annan droganvändning. En annan samsyn från aktörernas sida är att det behövs förebyggande insatser med mera information om beroendeframkallande läkemedel samt på vilket sätt läkemedlen skall användas. De anser att läkarna bör vara restriktiva när det gäller förskrivning av beroendeframkallande läkemedel, och att patienten använder läkemedlen under kortast möjliga tid. Flera aktörer efterlyser ett större samarbete mellan olika myndigheter, forskare och organisationer för att på så sätt kunna minska utbredningen av läkemedelsberoende. Vi tror att om denna samsyn med information, förebyggande åtgärder samt ökad kunskap om användning och riskfaktorer med beroendeframkallande läkemedel i verkligheten existerat, hade förmodligen läkemedelsproblematiken inte varit lika omfattande som den är idag. De olika aktörerna är alla berörda av problematiken med läkemedelsberoende, men verkar på olika plan. Med den makt de olika aktörer innehar är det egendomligt att läkemedelsberoende är ett så omfattande problem eftersom dessa instanser besitter stora resurser, som rimligtvis borde kunna användas till att utveckla verktyg för att bekämpa läkemedelsproblematiken i större omfattning än som sker idag.

Svalt intresse

Det vi kan konstatera är att läkemedelsproblematiken inte är något nytt problem, därför anser vi det underligt att det fortfarande inte har tagits något större helhetsgrepp kring denna problematik i Sverige. I synnerhet med tanke på att det är ett omfattande problem som påverkar både de läkemedelsberoende men även deras anhörigas välbefinnande såväl som samhällsekonomin. En anledning till att intresset är svalt för dessa frågor kan vara att vi i Sverige har en läkemedelsindustri som är en viktig kugge i den svenska ekonomin. En fråga det går att ställa är varför det är så tyst i den allmänna debatten kring läkemedelsproblematiken? Kan det bero på att läkemedelsindustrin eventuellt bekostar motparternas kostnader dvs. opinionsbildare och intresseorganisationer? Läkemedelsberoende är inte ett öppet och allmänt erkänt socialt problem, det finns ofta i det fördolda eftersom många läkemedelsberoende skäms över att inte kunna hantera sin situation bättre. Detta kan vara några tänkbara förklaringar till varför inte politiker och myndigheter visar ett större intresse för läkemedelsproblematiken. Ett annat resultat av det bristande intresset från samhällets sida, är att det har gjorts få studier angående läkemedelsproblematiken i Sverige. Bristen på relevanta studier leder till en fara i att de resultat som kommer fram inte blir emotsagda, och får leva vidare som en sorts sanning årtionde efter årtionde.

6. Källförteckning

- Abrahamsson, Bengt & Andersen, Jon Aarum (1998). *Organisation –att beskriva och förstå organisationer*. 2:a uppl. Malmö: Liber AB.
- Socialstyrelsen (1990). 1990:7 *Beroendeframkallande psykofarmaka. Att behandla och förebygga beroende och missbruk*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Bergmark, Anders & Oscarsson, Lars (2000). Sociala problem. I Meeuwisse, Anna & Sunesson, Sune & Swärd, Hans (red.). *Socialt arbete. En grundbok*. Stockholm: Natur och kultur.
- Eriksson, Ingalill (1979). Stämplingsteorin och socialt arbete. *Sociologisk forskning*. Vol. 16 nr 1, sid. 39-49.
- Goldberg, Ted (1980). Stämplingsteorins handlingsrelevans. *Sociologisk forskning*. Vol. 16, nr 2, sid. 20-41.
- Halvorsen, Knut (1992). *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundström, Tommy & Sunesson, Sune (2000). Socialt arbete utförs i organisationer. I Meeuwisse, Anna & Sunesson, Sune & Swärd, Hans (red.). *Socialt arbete. En grundbok*. Stockholm: Natur och kultur.
- Meeuwisse, Anna & Swärd, Hans (2002). Perspektiv på sociala problem – några positioner. I Meeuwisse, Anna & Swärd, Hans (red.). *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och kultur.
- Molin, Kari (2004). Allt fler unga läkemedelsberoende. (Elektronisk) *Dagens Nyheter*, 22 januari. Stockholm: Ansvarig utgivare Wifstrand, Jan. Tillgänglig: <<http://www.dn.se/DNet/road/Classic/article/0/jsp/print.jsp?&a=225761>> (2005-05-15).
- NEPI (2002). *Bensodiazepiner och deras analoger. Användning-Beroende-Styrfaktorer*. Stockholm: Apotekarsocieteten.
- RFHL, (2005). **A: RFHL: s historia.** (Elektronisk) Tillgänglig: <<http://www.rfhl.se/Om RFHL/>>.
- B: Grundläggande principer & övergripande krav.** (Elektronisk) Tillgänglig: <<http://www.rfhl.se/Om RFHL/principer/>>.
- C: Läkemedelsutskottets verksamhetsinriktning.** (Elektronisk) Tillgänglig: <<http://www.rfhl.se/Läkemedel/Handlingsprog/>>.
- D: Vanliga frågor om läkemedelsproblem.** (Elektronisk) Tillgänglig: <<http://www.rfhl.se/Läkemedel/Frågor/>>. Vol. 16, nr 2, sid. 20-41.
- E: Läkemedelsprogram.** (Elektronisk) Tillgänglig: <<http://www.rfhl.se/Läkemedel/Program/>> Stockholm: Ansvarig utgivare: Wallbom, Sonja (2005-05-18)
- RFV (Riksförsäkringsverket) (2003). Sjukskrivna & vanebildande läkemedel. *Användning och beroende av centralt verkande smärtstillande, sömn- och lugnande medel bland sjukskrivna*. RFV analyserar 2003:13. Stockholm: RFV.
- Starrin, Bengt (1994). Om distinktionen kvalitativ – kvantitativ i social forskning. I Starrin, Bengt & Svensson, Per-Gunnar (red.). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Vikander, Britt (2004) *Läkemedelsberoende: Lugnande mediciner, sömnmedel och smärtstillande medel*. Stockholm: Stockholm läns landsting.
- Wennermark, Bengt (2005) Socialstyrelsen, telefonsamtal den 12 april 2005.

7. Bilagor

Bilaga nr:1

Första enkät

Hej!

Vi är två studerande vid Socialhögskolan i Lund som genomför en riksomfattande studie om läkemedelsberoende i Sverige. Vi har funnit att det finns lite studier gjorda om läkemedelsberoendets utbredning i Sverige. Därför har vi bl.a. haft kontakt med Socialstyrelsen som ställer sig positiva till vår studie och ser fram emot att ta del av våra resultat.

Vår studie går ut på att kartlägga hur vanligt förekommande det är, att människor med läkemedelsberoende kommer i kontakt med socialförvaltningarna i landet. Dessutom vill vi få klarhet i vad som händer med de anmälningar/ansökningar som inkommit, om de exempelvis har resulterat i insatser inom socialtjänsten eller om personerna hänvisats till andra myndigheter.

Våra frågor är:

- Hur gör ni i er kommun med de anmälningar och ansökningar som kommer från läkemedelsberoende personer?
- Hur många har ansökt eller blivit anmälda för sitt läkemedelsberoende på socialförvaltningen i er kommun under 2004?
- Hur många har ansökt eller blivit anmälda för sitt läkemedelsberoende som en del av ett blandmissbruk på socialförvaltningen i er kommun under 2004?

Vi vore tacksamma om ni kan svara så snart som möjligt.

Tack på förhand

Thomas Persson & Jennie Göransson

Bilaga nr:2

Omformulerad enkät

Hej!

Vi har tidigare skickat ut denna förfrågan men inte fått svar av er kommun.

Läkemedelsberoendet är ett omfattande samhällsproblem i Sverige, utbredningen av problematiken är dessutom tämligen outforskad inom socialt arbete.

Avsikten med enkätstudien är att belysa en del av läkemedelsproblemet som hanteras inom socialtjänsten. Studien är även viktig ur ett samarbetsperspektiv, då det behövs en länk mellan universiteten och det sociala arbetet på kommunnivå.

Vi är två studerande vid Socialhögskolan i Lund som genomför en riksomfattande studie om läkemedelsberoende i Sverige. Vår studie avser att kartlägga hur vanligt förekommande det är, att människor med läkemedelsberoende kommer i kontakt med socialförvaltningarna i landet. Dessutom vill vi få klarhet i vad som händer med de anmälningar/ansökningar som inkommit, om de exempelvis har resulterat i insatser inom socialtjänsten eller om personerna hänvisats till andra myndigheter. Om ni ej har exakta statistikuppgifter, ber vi er göra en **uppskattning** av antalet ansökningar/anmälningar.

Vi har haft kontakt med Socialstyrelsen som ställer sig positiva till vår studie och ser fram emot att ta del av vårt resultat.

Våra frågor är:

- Hur gör ni i er kommun med de anmälningar och ansökningar som kommer från läkemedelsberoende personer?
- Hur många har ansökt eller blivit anmälda för sitt läkemedelsberoende på socialförvaltningen i er kommun under 2004?
- Hur många har ansökt eller blivit anmälda för sitt läkemedelsberoende som en del av ett blandmissbruk på socialförvaltningen i er kommun under 2004?

Det är av väsentlig betydelse för studien att ni svarar på enkätfrågorna.

Tack på förhand

Thomas Persson & Jennie Göransson