

**SOCIALARBETARENS EXPERTIS**  
**I DET MULTIPROFESSIONELLA TEAMET**  
**– en studie i socialt arbete på A-kliniker**

Monica Blomqvist-Åkermarck  
Helsingfors universitet  
Statsvetenskapliga fakulteten  
Pro gradu avhandling i socialt arbete  
September 2007

## INNEHÅLL

<b>1 Inledning</b> .....	<b>4</b>
1.1 Syfte och centrala frågeställningar.....	5
<b>2 Den samhälleliga kontexten för det sociala arbetet</b> .....	<b>7</b>
2.1 Historiska vändpunkter i det finländska socialarbetet.....	9
2.2 Hur definieras socialt arbete? .....	12
<b>3 Socialt arbete som en professionell verksamhet</b> .....	<b>14</b>
3.1 Utvecklingen av utbildningen av socialarbetare – en överblick.....	15
3.2 Hur ser den teoretiska kunskapskärnan ut i socialt arbete? .....	17
3.3 Socialt arbete – en profession eller en semiprofession? .....	21
3.4 Professionsstrider .....	23
3.4.1 Att vara autonom eller styrd?.....	23
3.4.2 Jurisdiktion.....	23
<b>4 Missbrukarvården</b> .....	<b>26</b>
4.1 Den samhälleliga kontexten för missbrukarvården .....	26
4.2 Allmänt om organiseringen av missbrukarvårdens tjänster.....	28
4.3 A-klinikväsendet.....	29
4.3.1 Historik .....	29
4.3.2 Det sociala arbetet på A-kliniker.....	31
4.3.3 Det multiprofessionella teamarbetet på A-kliniker .....	34
4.4 Medikaliseringstrenden .....	38
4.4.1 Medikalisering av missbruk.....	39
4.4.2 Sammanfattning .....	42
<b>5 Metod och material</b> .....	<b>43</b>
5.1 Den kvalitativa forskningsintervjun .....	43
5.1.1 Temaintervjuer .....	44
5.2 Materialinsamling.....	46
5.2.1 Informantrekrytering .....	47
5.2.2 Informanterna .....	48
5.2.3 Intervjutillfällena .....	49
5.2.4 Etiska reflektioner .....	51
5.3 Analysmetod och beskrivning av analysprocessen .....	53
<b>6 Den samhälleliga kontexten för socialt arbete</b> .....	<b>58</b>

7 Socialarbetarnas tal om sitt arbete.....	62
7.1 Socialarbetare eller socialterapeut?.....	62
7.2 Den praktiska kunskapskärnan.....	64
7.2.1 Det uppgifts- och målinriktade sättet att tala om arbetet.....	65
7.2.2 Arbetet som olika typer av interaktion och samtal.....	67
7.3 Den teoretiska kunskapskärnan.....	71
7.3.1 Arbetet som kunskapsutveckling.....	71
7.3.2 Följderna av en diffus teoretisk, kunskapskärna.....	75
8 A-kliniken som arena för det multiprofessionella teamet.....	78
8.1 Socialarbetaren som medlem i det multiprofessionella teamet.....	78
8.2 Hur profilera sig som socialarbetare i ett multiprofessionellt team?.....	83
8.2.1 Socialarbetarens kärnkunskap i det multiprofessionella teamet.....	86
8.3 Är missbruk en sjukdom eller ett socialt problem enligt socialarbetarna?.....	89
8.4 Gränsdragningar och motsättningar mellan den sociala och den medicinska expertisen.....	94
8.5 Spänningar inom den sociala professionen.....	100
9 Diskussion.....	105
9.1 Undersökningens trovärdighet och generaliserbarhet.....	113
9.2 Till sist.....	117
Referenser.....	119

## BILAGOR

### **BILAGA 1. INTERVJUGUIDEN**

### **BILAGA 2. BREVET TILL INFORMANTERNA**

## 1 Inledning

Som föreståndare för en A-klinik har jag under tre årtionden haft möjlighet att följa med hur arbetet på A-kliniker förändrats. Förändringarna har dels att göra med hela samhällsutvecklingen, dels med de förändringar som skett inom missbrukarvården. Den ekonomiska recessionen på 1990-talet är ett exempel på hur den samhälleliga situationen inverkade på tjänsterna för missbrukare, då omfattande nedskärningar i servicestrukturen gjordes (Kaukonen 2005, 312). Den explosionsartade ökningen av användningen av droger vid samma tidpunkt ledde i sin tur till ett ökat behov av vård och tjänster för denna klientgrupp, vilket för kommunerna kom att innebära större kostnader. Eftersom de medicinska vårdformerna är centrala vid behandlingen av drogmissbrukare förändrades också personalstrukturen vid A-klinikerna. (Villikka 2004, 11) Den ökade alkoholkonsumtionen till följd av de alkoholpolitiska åtgärderna som genomfördes i Finland år 2004 ledde i sin tur till ett ökat klienttryck på A-klinikerna. En ständig personalbrist och en brist på i synnerhet formellt behöriga socialarbetare i kombination med den ökade klientströmmen, har ökat pressen för de socialarbetare som är verksamma inom missbrukarvården.

Att jobba på en A-klinik innebär samtidigt att jobba tillsammans med företrädare för andra professioner. Detta ställer krav på teammedlemmarnas förmåga att både uttrycka den egna expertisen och den egna åsikten klart och tydligt, men också på förmågan att lyssna på andra och att tillsammans processa kunskap. Att tillsammans processa kunskap kallas också för delad social kognition. (Isoherranen 2005, 14, 23) Socialarbetarens position i det multiprofessionella teamet på A-kliniker har alltid varit central. (Mäki 2006, 16) Idag ser det dock ut som om det sociala arbetet på A-kliniker befinner sig i ett korstryck mellan det postmoderna samhällets krav på förändringar och omkonstrueringar av socialt arbete och den medicinska vetenskapens krav på evidensbaserade vårdmetoder i behandlingen av missbrukare.

Är missbrukarvården ens längre intresserad av sociala frågor, frågar sig Kaukonen (2005, 320). Jag frågar i min tur vilken det sociala arbetets plats kommer att vara i fram-

tidens missbrukarvård? Personligen är jag litet oroad över hur det skall gå med det sociala arbetet på A-kliniker i framtiden. Det primära med tanke på framtiden är, hur väl man med socialarbetets metoder kommer att kunna svara på den alltjämt ökande rusmedelsanvändningen i vårt land.

I sin licentiatavhandling har Laitila-Ukkola (2005) undersökt det sociala arbetet inom missbrukarvården. Detta har hon gjort genom att intervjua fem informanter, som på ett betydelsefullt sätt varit med och påverkat utvecklingen av det sociala arbetet inom den finländska missbrukarvården. Laitila-Ukkola konstaterar, att det dels skulle behövas tilläggforskning i hur missbrukarvårdens klienter uppfattar det sociala arbetet, dels skulle det behöva forskas mera i vilken det sociala arbetets ställning och position är i ett mångprofessionellt team i dag. Jag ser min egen pro gradu-avhandling som ett led och ett diskussionsinlägg med utgångspunkt i det senare av Laitila-Ukkolas teman.

## **1.1 Syfte och centrala frågeställningar**

Undersökningens primära syfte är att synliggöra det sociala arbetet på A-kliniker. Fokus för avhandlingen är det sociala arbetet som profession. Syftet med undersökningen är att lyfta fram det specifika kunnande och den expertis som socialarbetarna på A-kliniker innehar. Jag är också intresserad av hur socialarbetarens expertis utkristalliseras i ett multiprofessionellt team.

Forskningsfrågan för avhandlingen är tudelad:

- Hur definierar socialarbetare på A-kliniker sin egen yrkesexpertis?  
Vilken är det sociala arbetets kunskapskärna inom missbrukarvården?
- Hur definieras den egna kunskapskärnan i relation till andra yrkesgruppers expertis?

I *kapitel två* presenterar jag den samhällsliga kontexten för det sociala arbetet bl.a. genom att hänvisa till olika historiska vändpunkter det sociala arbetet genomgått. *Kapitel tre* behandlar socialarbetaryrket ur ett professionsteoretiskt perspektiv. I *kapitel fyra*

presenteras missbrukarvården och där speciellt det sociala arbetet på A-kliniker. Det multiprofessionella teamet och medikaliseringstrenden är teman som också tas upp i kapitel fyra. I *kapitel fem* presenterar jag undersökningens forskningsmetod och det empiriska materialet. I det här kapitlet diskuterar jag också de etiska aspekterna vid undersökningens genomförande. De tre följande kapitlen (*kapitel sex-åtta*) behandlar undersökningens empiriska resultat. I *kapitel nio* diskuterar och sammanfattar jag undersökningens resultat. I det här kapitlet behandlas även undersökningens trovärdighet och generaliserbarhet.

## 2 Den samhälleliga kontexten för det sociala arbetet

Den samhälleliga bakgrunden för det sociala arbetet går att finna i de sociala problem som uppstod i det industrialiserade samhället i början av 1900-talet. Till en början försökte man med hjälp av frivillig hjälpverksamhet och välgörenhet svara på utmaningen som den sociala otryggheten och fattigdomen förde med sig, men man insåg snart att dessa insatser inte var tillräckliga. Man tänkte då att hjälpinsatserna för de mindre bemedlade i samhället skulle vara organiserade och systematiserade. Ett sätt att göra detta var att utveckla den professionella yrkesverksamheten. (Raunio 2004, 11; Ahonen 2004, 58)

I motsats till utländska traditioner har det finländska socialarbetet alltid varit starkt förknippat med den offentliga sektorn. Under flera årtionden gav välfärdsstaten, med sin ideologi om ett gemensamt ansvar för de sociala problemen och samhällets fattigdom, en stabil ram och grund för utvecklandet av den professionella sakkunskapen i det sociala arbetet. Ännu på 1980-talet fanns det en stark tilltro till välfärdsstatens expansion och till dess möjligheter att lösa sociala problem. (Mutka 1998, 10)

De senaste årens samhällspolitiska händelser har dock förändrat situationen snabbt. För de socialarbetare som arbetar inom missbrukarvården har de olika innehålls- och organisatoriska förändringar som genomförts där, inverkat på det sociala arbetets verksamhetsförutsättningar. På 1990-talet ledde den ekonomiska recessionen till omfattande nedskärningar i tjänster och service för missbrukare. (Kaukonen 2005, 312) I synnerhet de medborgare som varit i behov av olika socialpolitiska åtgärder och stöd, har varit speciellt utsatta då serviceformer och förmåner minskats eller indragits. Till denna grupp av medborgare hör människor med missbruks- och mentala problem. (Murto 2004a, 47; Auvinen 1996, 174) Till följd av den ekonomiska recessionen lade vissa kommuner t.o.m. ner hela serviceformer (A-kliniker och avbrytningsstationer), för att i stället köpa de behövliga tjänsterna av utomstående producenter. (Kaukonen 2005, 312) Enligt Ala-Nikkola & Sipilä (1996, 18) kommer den offentliga sektorn inte längre att ha råd att producera välfärdstjänster i samma utsträckning som på 1970 och 1980-talen.

Den ekonomiska krisen på 1990-talet innebar sådana ekonomiska svårigheter för kommunerna, som dessa inte ännu ordentligt återhämtat sig ifrån. Problematiskt är, att den spariver som startade under recessionen på 1990-talet ser ut att fortsätta inom social- och hälsovården, även om det inte längre finns fog för den. (Murto 2004a, 47) Idag ser kortsiktiga ekonomiska lösningar ut att styra produktionen av offentliga tjänster. Ett sådant synsätt innebär att möjligheterna att få sakkunnig hjälp för människor med missbruksproblem fortsättningsvis kommer att minska och försvagas. Auvinen (1996, 174) anser det vara viktigt att fråga sig, vilken A-klinikernas uppgift och position kommer att vara i social- och hälsovårdens servicestruktur i framtiden.

Trenden för 2000-talet är konkurrensättning av tjänster, där man försöker hålla kommunens ekonomi i schack genom att separera ansvaret för organiseringen av tjänsterna från själva ansvaret för produktionen av tjänsterna. Detta kallas också för beställare-producentmodell. (Karisto m.fl.1998, 328; Karvinen 1996, 37) Risken med att separera produktionen av tjänster från ansvaret och kontrollen av dem är att produktionen av tjänsterna splittras på flera aktörer, medan den strategiska kontrollen centraliseras hos en aktör, oftast hos en representant för den offentliga sektorn. Att implantera den privata sektorns sätt att tänka och verka till den offentliga sektorns verksamheter går också under termen New Public Management (NPM). En av föregångarna vid implanterande av NPM – tänkandet på det sociala arbetet är Storbritannien. (Harris 2005) En följd av ett långtgående marknadstänkande inom den offentliga sektorn har varit den allt starkare managerismen, som för det sociala arbetet inneburit att man till ledande poster anställt personer som är professionella administratörer och ledare, men som nödvändigtvis inte innehar expertis ifrån det sociala området. (Karvinen 1996, 38)

Den pågående samhällsutvecklingen kommer enligt Satka (1993, 50) att beröra också det sociala arbetet, eftersom det tillsvidare haft en väldigt liten roll och identitet utanför välfärdsinstitutionerna. Det postmoderna samhället ställer det sociala arbetet inför nya utmaningar. Eftersom socialt arbete alltid varit bundet till sin egen tid och till sitt eget samhälle befinner sig socialt arbete i dag i en kraftig förändring, bl.a. till följd av att många av de tidigare värden och principer som varit förknippade med både välfärdssta-



ten och därigenom även med socialarbetet, har förlorat sin betydelse och bindande verkan. (Mutka 1998, 9-11; Maanittu 1997, 24-25) För att yrkeskåren skall klara sig i denna föränderliga och osäkra värld, där det sociala arbetets yrkeskunnande och kompetens än en gång är starkt ifrågasatta, bör yrkeskåren mer än förr bygga upp sin egen kompetens. Ett av de ledande begreppen för yrkeskunnandet i socialt arbete idag är reflexivitet – socialt arbete är ett reflektivt yrke. (Karvinen 1998, 37; Fook 2005a, 4)

## **2.1 Historiska vändpunkter i det finländska socialarbetet**

Mirja Satka (1997) har påvisat tre stora vändpunkter som ägt rum i det finländska socialarbetet. Med hjälp av dessa faser eller vändpunkter kan man analysera den väg det sociala arbetet gått för att försöka uppnå en vetenskaplig status (Jfr Meltti 2004, 395).

Den första vändpunkten sammanföll med tiden efter medborgarkriget och den ekonomiska depressionen på 1930-talet och benämns som *juridiseringen av det sociala arbetet*. Förhållandet mellan socialarbetaren och klienten definierades juridiskt. De juridiska aspekterna i det sociala arbetet var viktiga och ett formfel i ett ärendes behandling kunde leda till att en hel process upphävdes. (Satka 1997, 28-29; Satka 1993, 52)

Den andra vändpunkten var *psykologiseringen av det sociala arbetet* under det efterkrigstida 1940-talet. Orsaken till denna utveckling var, att de tidigare lagarna inte såg ut att ha mycket att erbjuda de nya efterkrigstida vardagsproblemen, som uppstod bl.a. till följd av den ökande rusmedelsanvändningen hos män samt till följd av att skilsmässorna ökade. Från USA hämtades *social case work*-metoden, som såg ut att kunna erbjuda nya metodiska arbetsredskap för att bemöta problemen. (Satka 1997, 28-29) Metodens moder var Mary Richmond, som betonade vikten av att diagnostisera sociala problem och att använda systematiska metoder i arbetet (Meuwisse & Swärd 2006, 48). I case work blev relationen mellan socialarbetare och klient det centrala i arbetet. Socialarbetarens uppgift skulle vara individuell rehabilitering och arbetssättet det samma som läkarna använde: diagnos – behandling - bot. Man ville att socialarbetarna skulle ha en egen gemensam kunskapsbas och egna arbetssätt, som skilde dem från frivilliga välgören-

hetsarbetare. Genom ett dylikt arbetssätt ville man försöka uppnå en professionell status. (Levin & Linden 2006, 79-80) Det psykosociala synsättet, som är utmärkande för det sociala arbetet bl.a. inom missbrukarvården, kan ses som en fortsättning på case work-traditionen (Granfelt 1993, 179).

Den tredje vändpunkten förlägger Satka (1997, 28-29) till slutet av 1970-talet. I den examensreform som då genomfördes gestaltades kunskapsbasen och utbildningen för det nutida socialarbetet. Den centrala sloganen i denna tredje fas av det sociala arbetets modernisering var ”att göra yrket vetenskapligt”. Utbildningsnivån höjdes och själva utbildningen fogades till universitet och högskolor. Eftersom det inte fanns kompetenta forskare inom det sociala arbetet gavs de nya lärostolarna åt bl.a. socialpolitiker. Detta innebär att socialarbetarna kom att överlåta grindvakspositionen för den egna disciplinens utvecklande till samhällsvetare.

Mutka (1998) har i sin doktorsavhandling tagit upp en fjärde fas, som beskriver den kontext i vilken det sociala arbetet befinner sig idag. Det ser ut som om det sociala arbetet skulle stå inför en ny, juridisk utveckling, men en som enligt Mutka verkar följa en helt annan logik än den juridisering av det sociala arbetet som ägde rum på 1930-talet. Det postmoderna samhällets utveckling kommer att förändra det moderna socialarbetets nuvarande utgångspunkter och arbetsmetoder, samtidigt som denna kommer att förutsätta att nya begreppsliga och praktiska metoder utvecklas inom socialarbetet. Enligt Mutka ser det ut som om socialarbetarna än en gång skulle vara tvungna att omdefiniera och omkonstruera sitt arbete utifrån förändrade utgångspunkter och nya verksamhetspremissor. (Mutka 1998, 12, 58) Satka (1997, 34) menar att såväl det sociala arbetets praxis och utbildning är på väg mot en ny utvecklingsfas, där den gemensamma nämnaren ser ut att vara det sociala arbetets expertis. Denna expertis har både en praktisk och en teoretisk dimension.

Man kan också se på diskussionen om det finländska sociala arbetet utgående ifrån Hänninens (1990) tre faser: *den första fasen* inföll under 1950-1960-talen, då fokus för diskussionen var professionaliseringen av det sociala arbetet. Inom det finländska socialarbetet har man kunnat särskilja två olika traditioner: *den europeiska systemcentrera-*

*de och den angloamerikanska problemcentrerade traditionen.* Den problemcentrerade traditionen har också kallats för det moderna sättet att se på socialt arbete. Vardera traditionen betonar vikten av utbildning och ett yrkesmässigt kunnande. Det som skiljer dem åt är arbetssätten: i den systemcentrerade traditionen fokuserar man på lagar och administrativa regler och direktiv medan fokusen i den problemcentrerade däremot är de teoretiska och metodologiska synsätten. (Raunio 2004, 18-19) Diskussionerna under den första fasen handlade om vilket som skulle räknas som det rätta och riktiga socialarbetet: det gamla, på juridiska normer baserade vårdarbetet (den systemcentrerade traditionen) eller den nya case work- metoden (den problemcentrerade traditionen) med rötter i psykologin. (Hänninen 1990, 52-70; jfr Meltti 2004, 394)

Fastän det sociala arbetet i Finland haft sin grund i den systemcentrerade traditionen, har man även fäst uppmärksamhet vid det problemcentrerade synsättet. Speciellt på 1950- och 1960-talen fördes det angloamerikanska problemcentrerade sättet att uppfatta socialarbetet starkt in i både utbildningen och den yrkesmässiga praktiken av det finländska socialarbetet. Denna implantering av nya arbetsmetoder skedde i synnerhet till s.k. "terapeutiska" verksamhetspunkter, såsom A-kliniker och uppfostringsrådgivningsbyråer. (Raunio 2004, 18-20)

I det finländska socialarbetet har man alltså betonat att såväl den organisatoriska som den problemcentrerade traditionen behövs för att kunna lösa de allt mer mångfacetterade och invecklade problem som klienterna inom socialvården har. I synnerhet i Norden har man sett det som viktigt att genomföra sådana sociala reformer, som allmänt kan ses förbättra människors välfärd. Som resultat av dessa strävanden har det i välfärdsstaten uppstått ett brett system av inkomstöverföringar och tjänster, som gagnar alla medborgare. (Raunio 2004, 24-25)

*Den andra fasen* i diskussionerna kring det sociala arbetet kulminerade i början av 1980-talet, då utbildningen av socialarbetare akademiserades genom att den flyttades till universiteten. (Hänninen 1990, 98-103) *Den tredje fasen* utvecklades inom den andra fasen och ersatte denna i mitten av 1980-talet. Utmärkande för denna fas var forskning och utvecklande av yrkesmässiga metoder inom det sociala arbetet. (Hänninen 1990,

126-131; jfr Meltti 2004, 394-395) Man kan se att Mutkas (1998) och Hänninens (1990) vändpunkter och faser delvis går in i varandra. Även de olika faser som utbildningen av socialarbetare genomgått (kapitel 3.1) kan placeras in i såväl Mutkas som Hänninens faser.

## **2.2 Hur definieras socialt arbete?**

Socialt arbete är ett svårdefinierbart begrepp. Enligt Raunio (2004, 5) beskrivs socialt arbete ofta som någonting mångfacetterat, obestämt och svårt att förstå sig på. Det sociala arbetet ser ut att bestå av olika och ifrån varandra separata sidor (facetter), som inte verkar ha någon konsekvent gemensam bas att utgå ifrån. Sipilä (1996, 57) anser det inte ens vara möjligt att ha bestående definitioner i en föränderlig värld eftersom det behövs olika definitioner för olika situationer – och ingen av definitionerna är bättre än den andra. (jfr Meeuwisse & Swärd 2006, 69)

Då man vill undersöka hur det sociala arbetet har uppstått, kan man enligt Meeuwisse och Swärd (2006, 44-65) knyta det sociala arbetet till i huvudsak tre positioner:

- 1) *socialt arbete knyts till bestämda kriterier eller definitioner* (där man t.ex. utgår ifrån professionellt baserade kunskaper, metoder och förhållningssätt),
- 2) *socialt arbete knyts till förgrundsgestalter och idéströmningar* (t.ex. Mary Richmond och Jane Addams framhålls i många läroböcker som det sociala arbetets mödrar) eller
- 3) *begreppet socialt arbete knyts till faktisk användning*. Payne (2005, 15) talar om socialt arbete som en produkt av modernismen, vilket enligt honom betyder att socialt arbete endast skall användas för att beskriva de tidsperioder eller situationer, där det faktiskt använts.

Då man pratar om socialt arbete avses ofta en helhet bestående av praktisk verksamhet, utbildning och forskning. Alla dessa tre delar samverkar med varandra och kan inte separeras. Trots det finns det skäl att ställa det praktiska socialarbetet i främsta rummet: om det inte finns en kontakt till praxisen är det omöjligt att prata om utbildning och forskning i socialt arbete. Med praxis avser man framförallt den yrkesmässiga praktiken. I synnerhet i angloamerikansk litteratur presenteras som en självklarhet tre funktio-

nella utgångspunkter för det professionella socialarbetet: värden, kunskap och färdigheter (values, knowledge, skills). Enligt Raunio (2004) är dessa utgångspunkter inte tillräckligt beskrivande och förklarande för det finländska sociala arbetet. Det finländska socialarbetet är, i motsats till det angloamerikanska, mycket starkt förankrat i det samhälleliga systemet. Denna koppling har gjort det möjligt för det professionella socialarbetet att fungera. (Raunio 2004, 5-6)

Eftersom jag i min pro gradu-avhandling utgår ifrån socialt arbete som en professionell verksamhet, känns det naturligt att välja IFSW:s (International Federation of Social Workers) internationella definition av socialt arbete från år 2000. Denna definition är troligen den mest spridda i världen. (Meeuwisse & Swärd 2006, 45) Definitionen omfattas även av Talentia, som är fackorganisation för högutbildade inom socialbranschen i Finland. (<http://www.talentia.fi/index.php?m=5&s=5&did=376>)

Socialt arbete verkar för social förändring, problemlösning i mänskliga relationer, för empowerment och frigörelse med syfte att främja människors välfärd. Med utgångspunkt i teorier om mänskligt beteende och sociala system verkar socialt arbete i de områden där människor samspelar med sin omgivning. Principer om mänskliga rättigheter och social rättvisa är grundläggande för socialt arbete.

Enligt IFSW kan denna definition inte ses som någon slutgiltig version eftersom det sociala arbetet fortlöpande förändras och utvecklas. Eftersom villkoren för socialt arbete dessutom är mycket olika i de olika medlemsländerna är det nästan ofrånkomligt att definitionen är mycket allmän. (Meeuwisse & Swärd 2006, 45) Det jag trots allts saknar i definitionen är kopplingen till socialt arbete som en profession. Enligt Sipilä (1996, 60-63) är det viktigt att utgå ifrån att socialt arbete framförallt är ett yrke, som utförs av professionella.

Strävan efter att hitta en definition som skulle passa alla tillfällen och som alla kunde omfatta, har visat sig vara svårt. Sammanfattningsvis kan man därför ännu som Payne (2005, 11) konstatera, att det inte ser ut att finnas en slutgiltig definition på socialt arbete eftersom svaren på vad socialt arbete är, varierar beroende på tidpunkten och de sociala och kulturella förhållandena som råder i samhället. Dessa faktorer i samverkan med socialarbetare, klienter och olika organisationer bidrar till konstrueringen av socialt arbete.

### 3 Socialt arbete som en professionell verksamhet

I vardagligt språkbruk betyder ordet ”professionell” för de flesta av oss att man har en yrkesstolthet och att man tar ansvar för sina arbetsuppgifter, samt att man utför sitt arbete med effektivitet och precision och att man iakttar de yrkesregler som gäller (Selander 1989, 12). Professionsforskning är en forskning, som intresserar sig för yrkesgruppers karaktär, position och villkor samt för deras strategier för att förbättra sin position (Torstendahl 1989; Aili 2002, 13)

Professionalisering är ett grundbegrepp som är hämtat från sociologin och som syftar till att beskriva olika yrkens ställning på arbetsmarknaden utifrån olika kriterier. Det som är viktigt att tänka på är, att ett yrkes professionaliseringsgrad inte har någonting att göra med enskilda medlemmars yrkeskicklighet. En viktig fråga inom professionsforskningen har gränsdragningen mellan yrken och professioner varit. Yrke är den mot den stora allmänheten synliga delen av yrket, d.v.s. det som klienter och patienter ser, medan profession oftast används i den mer omfattande betydelsen, där också de mindre synliga delarna av yrkesverksamheten avses såsom utbildningsnivå och samhälleliga nätverk. (Johansson 2002, 18) I det här arbetet har jag använt yrke och profession samt yrkesmässig och professionell, som synonyma begrepp.

Då man börjar tala om ett yrke som en profession framhävs speciellt betydelsen av utbildningen och kunskapsbasen. Det väsentliga är att professionen, genom att utveckla den egna kunskapsbasen, allt mer försöker kontrollera den yrkesmässiga verksamheten. (Hugman 1996,132-134; Raunio 2004, 32) Karakteristiskt för en profession är strävan efter ett yrkesmonopol och en självständig ställning. Genom olika former av specialutbildningar och examina tryggar professioner sina möjligheter att utöva yrket samtidigt som man försöker förvissa sig om att yrkeskårens rättigheter till olika sociala belöningar uppfylls, såsom erkännande och en god lön. (Vuorikoski 1999, 32-34; Kontinen 1997; jfr Raunio 2004, 32)

Diskussionerna gällande socialt arbete som yrke samt kring den yrkeskunskap som krävs för att utöva yrket, har enligt Mutka (1998, 37) gått i olika riktningar och samti-

digt varit motstridiga allt sedan pionjärerna Mary E. Richmonds, Jane Addams och Beatrice Webbs tider. Likadana har diskussionerna kring det sociala arbetets position på professionsforskningsfältet varit. Ofta har man i dessa poängterat de skillnader som finns mellan det sociala arbetet kontra s.k. traditionella professioner - oftast till socialarbetets nackdel. Beroende på olika skeden har det sociala arbetet kallats för-, semi-, kvasi-, process- eller förändringsprofession. Typexempel på s.k. topprofessioner är läkare och jurister. Dessa har haft sin utbildning förlagd till universitet och egna fakulteter redan länge och är också starkt organiserade i egna fackförbund (Johansson 2002, 28; Konttinen 1997, 48, 59).

Inom professionsforskningen ser utvecklingen ändå ut att gå mot en alltmer flexibel uppfattning angående bestämningsfaktorerna för en profession. Den postmoderna diskussionen har påvisat att det inte längre är möjligt för en profession att inneha en monopolställning i vetenskaplig problemlösning. Enligt Karvinen (1996) är ett sådant resonemang med tanke på det sociala arbetet en lättnad, eftersom kraven och trycket på att skapa och bygga upp en gemensam lära och teori minskar. "Den rätta yrkesmässigheten" tillhör ingen, utan den skapas i förändring och i föränderliga, multiprofessionella samarbetsförhållanden. (Karvinen 1996, 40, 43)

### ***3.1 Utvecklingen av utbildningen av socialarbetare – en överblick***

Ända sedan början av 1980-talet har basen för den yrkesmässiga verksamheten för socialt arbete utgjorts av universitetsutbildningen. Man kan säga att utbildningen för socialt arbete blivit allt mer vetenskaplig, vilket ändå inte nödvändigtvis betyder att själva den yrkesmässiga verksamheten skulle ha blivit det. (Raunio 2004, 33)

Socialt arbete är en tämligen ung profession. Enligt Raunio (2004, 34) startade den egentliga utbildningen inom socialt arbete 1942 i Helsingin yhteiskunnallinen korkeakoulu med en tvåårig socialvårdsutbildning med fokus på fattigvård och barnskydd. Den

första svenskspråkiga utbildningen för socialvårdare startade hösten 1943 vid Svenska medborgarhögskolan i Helsingfors. Utbildningen var tvåårig. (Satka 1995, 135)

Utbildningen inom socialt arbete har genomgått olika skeden. År 1972 utkom ett betänkande av utbildningskommittén för socialt arbete. I detta betänkande användes för första gången konsekvent begreppen socialt arbete och socialarbetare. Ett annat viktigt skede inföll under 1980-talet, då utbildningen inom socialt arbete lyftes upp till en nivå som motsvarade en examen på universitetsnivå. Tidigare hade utbildningsnivån inom socialvård och socialt arbete närmast motsvarat en examen på lägre högskolenivå. Detta möjliggjorde att man vid sidan om diskussionen om socialt arbete som profession, även började tala om socialt arbete som ett eget vetenskaps- och kunskapsområde. I Finland var den vetenskapliga forskningen och undervisningen inom socialt arbete först sammankopplade med socialpolitiken, men under 1990-talet frigjorde sig det sociala arbetet till ett självständigt läroämne och ett eget forskningsområde. Den utveckling som skett under 1990-talet har uppfattats som speciellt betydelsefull för forskningen inom socialt arbete. (Raunio 2004, 23, 34; också Kemppainen m.fl. 1998, 27) I början av 1990-talet gavs undervisning i socialt arbete vid sju universitet i vårt land (Kemppainen 2006, 234). Enligt Raunio (2004, 34) ser det ut som om separationen från socialpolitiken varit en viktig faktor för hur socialarbetet definierar sin identitet. Det sociala arbetet har strävat efter att frigöra sig ifrån den systemcentrerade socialpolitiken för att istället koncentrera sig på den kunskap och de färdigheter, som är betydelsefulla med tanke på den yrkesmässiga verksamheten inom det egna kunskapsområdet.

Enligt resultaten i Sotenna-projektet<sup>1</sup> (2006, 30-31) är ett av de stora problemen inom socialvården den stora andelen arbetskraft, som inte har en utbildning ifrån det sociala området. Med den nya Lagen om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården (272/2005) har man velat klargöra de olika nivåerna av professionella inom det sociala området. Enligt lagens 3 § krävs det nu en högre högskoleexamen för att vara behörig som socialarbetare. Detta berör främst de svenskspråkiga socialarbetar-

---

<sup>1</sup> Sosiaalialan osaamis-, työvoima- ja koulutustarpeiden ennakointihanke (SOTENNA) 2003–2006. Målsättningen för projektet har varit att uppskatta kunskaps-, arbetskrafts- och utbildningsbehovet för den sociala sektorn fram till år 2015. Målgruppen för undersökningen var närvårdare, socionomer (YH) och socialarbetare (PM).



na ifrån Svenska social- och kommunalhögskolan vid Helsingfors universitet, som inte längre blir behöriga med en examen på en lägre högskolenivå. Lagen stärkte även positionen för ämnet socialt arbete, eftersom det numera krävs huvudämnesstudier i socialt arbete. Lagen trädde i kraft den 1.8.2005.

### **3.2 Hur ser den teoretiska kunskapskärnan ut i socialt arbete?**

Enligt Abbott (1988) kännetecknas kärnan i de professionellas uppdrag av att de ställer diagnoser, behandlar och utvärderar. De vetenskapliga kunskapssystemen är enligt honom av central betydelse för yrkeskårens möjlighet att verka självständigt inom ett område. Professionella behärskar ett formellt kunskapssystem och har en förmåga att använda detta för att lösa problem ( Aili 2002, 14, 192-193)

Den kunskap som ligger som bas för det sociala arbetet är mångfacetterad, men samtidigt också fylld av spänningar. Målsättningen för yrkeskåren inom socialt arbete är att förbättra den professionella ställningen genom att understryka den vetenskapliga kunskapen som bas för yrkeskunnandet. Relationen mellan denna kunskap kontra den kunskap som förvärvas i det praktiska arbetet är inte konfliktfri. För de socialarbetare som jobbar ute på fältet förorsakar forskningens krav på att de skall medverka till skapandet av en reflektiv och interaktiv kunskap ytterligare spänningar. (Raunio 2004, 100) Socialarbetare utsätts också för ett korstryck då de å ena sidan kritiseras av brukarna och å andra sidan av politiker, massmedia och gemene man. Det blir därför centralt att kunna definiera vem som har makt och status att definiera det sociala arbetets kunskapsbas och praxis på dessa nivåer mellan brukare, socialarbetare och samhälle. (Askeland 2006, 131)

Det finns olika sätt att definiera kunskapsformerna för det sociala arbetet. Eteläpelto (1997, 97-99) talar om tre huvudkomponenter i den kunskap som sakkunniga innehar: *den formella, den praktiska och den metakognitiva kunskapen*. Den formella kunskapen är den s.k. traditionella lärobokskunskapen, som till sin karaktär är offentlig, synlig och kommunicerbar. Den praktiska kunskapen är i många avseenden motsatsen till den for-

mella, eftersom den är personlig och baserar sig på subjektiva erfarenheter. Den är till sin karaktär en tyst kunskap och därmed också ofta omedveten. En praktisk kunskap är alltid kontextuell i den bemärkelsen att den bäst framträder i de konkreta situationer, där den är införskaffad. Den metakognitiva kunskapen skiljer sig ifrån den formella och praktiska kunskapen, eftersom den alltid hänför sig till personens egen verksamhet och styrningen av denna. Metakognitiv kunskap kan definieras som en kunskap om hur bemästra och organisera sig själv så att en uppgift blir utförd.

Ett annat sätt att kategorisera den kunskap som socialarbetarna innehar och använder i sitt arbete är Tynjäläs modell (2004, 176), som till stora delar påminner om Eteläpelto. Liksom Eteläpelto (1997) indelar Tynjälä kunskapsformerna i tre olika kategorier:

- *Formell eller teoretisk kunskap*
- *Praktisk eller erfarenhetsbaserad kunskap*
- *Självreglerande kunskap*

Enligt Laine (2006, 139) benämns den självreglerade kunskapen också som reflektiv eller reflexiv kunskap bland socialarbetare. Begreppen kräver ett klagörande eftersom Laine använder dessa som synonymer, vilka de inte är. Vad är det för skillnad mellan *kritisk reflektion* eller *reflektion* å ena sidan och *reflektivt* eller *reflexivt socialt arbete* å andra sidan? För att göra det ännu besvärligare finns det också ett begrepp som ”*reflexiv praxis*” (Fook 2005a). Även forskarna själva ser ut att fundera på motsättningarna och oklarheterna runt de olika begreppen, som till synes ser ut att inneha samma betydelser, men ändå i praktiken inte är synonyma. (Fook 2005a, 4; Fook, 2005b, 22) Meltti (2004) har ägnat en hel artikel i Janus i försök att reda ut dessa begrepp.

Enligt Askeland (2006) har kritisk reflektion blivit något av ett modeord i många professioner idag, utan att man på något sätt klart definierat begreppet. I professionella sammanhang har reflektion och kritisk reflektion ofta använts synonymt och avsett allt tänkande och all utvärdering i den yrkesmässiga praxisen. (Askeland 2006, 124)

### **Reflektion och kritisk reflektion**

Vi människor reflekterar, då vi medvetet skapar en mening eller förändrar förståelsen för något som sker överraskande, är ovant eller problematiskt. Vi framkallar upplevelserna och erfarenheterna och går igenom och värderar dem på nytt. En förmåga att reflektera är en förutsättning för kritisk reflektion (Fook 2005a, 6).

Utgångspunkten för att framhäva betydelsen av socialarbetarnas reflektion var antagandet om att det existerar ett gap mellan teori och praktik. Idén var att man genom reflektion kunde överbrygga gapet mellan teori och praktik, genom att vid sidan om den teoretiska kunskapen även beakta den erfarenhet som fås i det dagliga arbetet. (Askeland 2006, 124-125; Fook 2005a, 5; Karvinen 2005a, 12) Genom kritisk reflektion vill socialarbetaren granska de olika begrepp, antaganden och betydelser som döljer sig bakom det yrkesmässiga tänkesättet och själva praktiken, som i sin tur styr verksamheten (Askeland 2006, 129, 132; Mutka 1998, 47). Kritisk reflektion ses som en metod för att undersöka den egna praxisen och de egna erfarenheterna på ett sådant sätt, att man ser sig själv som en producent av kunskap (Fook 2005b, 8).

Genom den kritiska reflektionen är det möjligt att synliggöra den tysta kunskapen. Denna har ansetts som problematisk, eftersom den är svår att både granska och förvandla till formell kunskap. (Raunio 2004, 103) Den tysta kunskapen som begrepp kom in i det finländska socialarbetet på 1980-talet och blev mycket snabbt utbredd under 2000-talet. Kraven på exakt kunskap ersattes genom att hänvisa till den tysta kunskapen. Den tysta kunskapen ger socialarbetarna en stark etisk skyldighet att göra sitt arbete synligt: att synliggöra det som de i sitt arbete uppmärksammar, det de tänker. (Kuusisto-Niemi & Kääriäinen 2005, 452) Enligt det reflektiva synsättet är socialarbetarnas växelverkan med klienterna kärnan i den professionella verksamheten. I detta möte mellan klient och socialarbetare försöker man möta och lösa konflikter, hitta gemensamma betydelser och göra upp avtal som till sin karaktär är reflektiva. Den erfarenhetsbaserade kunskapen och då samtidigt den personliga kunskapen, anses som viktig i det reflektiva sättet att arbeta. (Mutka 1998, 46-47) Att dagligen dokumentera det som händer i arbetet med klienterna är socialarbetarnas viktigaste redskap för att göra den tysta kunskapen synlig. Att utvärdera sitt eget arbete samt att kritiskt dokumentera detta, utgör grunden för sak-

kunnighet. (Kuusisto-Niemi & Kääriäinen 2005, 456-458) Sammanfattningsvis kan man säga, att kritisk reflektion knyter samman praxis, teori och forskning. (Askeland 2006, 129, 132; Mutka 1998, 47)

### **Reflexivitet**

Reflexivitet kan definieras på många sätt. Fook (2005a, 7) definierar begreppet som en förmåga till insikt om att det egna jaget påverkar sättet på vilket världen tolkas, m.a.o. på vilket sätt kunskap produceras. Enligt SAO (2006, 745) betyder reflexiv ”tillbakasyftande”. Reflexivitet förutsätter kritisk reflektion. Karvinen-Niinikoski (2005a, 20) skriver berättigt att det är svårt att säga på vilket sätt begreppen ”reflexivitet” och ”reflektion” skiljer sig ifrån varandra och att det är befogat att ställa sig frågan, hur man skall kunna förverkliga reflexivitet i praktiken.

Raunio (2004, 102) sammanfattar diskussionen om den teoretiska kunskapskärnan i socialt arbete med att konstatera, att olika former av kunskap tillsammans utgör basen för den yrkesmässiga kunskapen. I praktiken går de olika kunskapsformerna in i varandra på så sätt, att de tillsammans bildar en helhet som är i växelverkan med varandra. Förutom kunskap består det sociala arbetet av värden och etik. Det sociala arbetets värderingar är i främsta hand respekterande av människovärdet och social rättvisa. Värdena som sådana utgör inte grunden i den professionella verksamheten utan först då de omdefinieras i yrkeskårens etiska principer, styr de verksamheten i enlighet med värdena. (Raunio 2004, 26-27)

Under de senaste åren har man i diskussionerna om socialt arbete börjat frånga strävan efter att hitta en generell, teoretisk bas för arbetet för att istället söka efter sådana alternativa tolkningar och verksamhetsmodeller, som kan stöda en reflexiv sakkunnighet i det sociala arbetet. (Mutka 1998, 46; Karvinen 1996, 40) Med en medveten reflexiv inställning öppnar sig möjligheterna för socialarbetarna att erkänna och ta i bruk brukarnas kunskaper vid utövandet av socialt arbete. Samtidigt provas också om det egna arbetet blir utfört i linje med yrkesetiken. (Askeland 2006, 131)

Enligt Lennart Nygren (2000, 253) kan sökandet efter en allmängiltig teori som skulle kunna beskriva, förklara och förutsäga allt socialt arbete liknas vid en ökenvandring, vars slutprodukt troligen skulle vara alltför abstrakta och trubbiga teorikonstruktioner. Enligt honom kan det sociala arbetets elementära former inte beskrivas på annat sätt än i mycket allmänna termer. Nygren påpekar att i stället för att ”jaga den unika teorin” är det vettigare att använda tiden till att ”lösa” samhällsproblem. Han avslutar med att konstatera att kritik, nytta och bildning kommer att bli allt viktigare samlingsbegrepp för alla som verkar under beteckningen socialt arbete, istället för att till varje pris försöka formulera en alldeles egen, teoretisk kärna. (Nygren 2000, 253-254)

### ***3.3 Socialt arbete – en profession eller en semiprofession?***

Selander (1989, 14-15) betonar följande saker då han söker en definition på profession: en profession kännetecknas av att den har en systematisk teori, auktoritet, samhällelig sanktion, etiska regler och en egen kultur. Aili (2002, 16) använder beteckningen profession på yrkesgrupper med akademisk utbildning. Allmänt vedertagna klassiska bestämmningar för professionella sakkunniga är en lång teoretisk utbildning, en självständig ställning, ett etiskt kodsysteem, kollegiala sammanslutningar och en altruistisk motivation (Mutka 1998, 40). Enligt Amitai Etzionis (1969, xiii) klassiska, men mycket tekniska definition är kännetecknen för en fullständigt utvecklad profession en minst fem-årig utbildning på universitetsnivå.

Enligt Etzioni (1969) finns det flera orsaker till varför socialt arbete inte uppfyller kraven för en fullständig profession. Typexempel på dessa s.k. semi-professioner (nästan professioner) är sjukskötare, lärare och socialarbetare. Bristen på makt, den undertryckta ställningen, den begränsade verksamhetsmiljön samt den korta utbildningstiden i kombination med att dessa semi-professioner mera har att göra med tillämpning av kunskap än med nyproducerande av kunskap, utgör enligt Etzioni de viktigaste hindren för dem att uppnå en fullständig position som professionella sakkunniga. Han är också av den åsikten att dessa yrken saknar en egen, klart vetenskaplig kunskapsbas och att yrkeskårens medlemmar inte har kunnat påvisa att de skulle besitta sådana speciella yrkes-

färdigheter, genom vilka de kunde utesluta övriga professionella och därmed skaffa sig en monopolställning. Dessa semiprofessioner är, i motsats till professioner, ofta kvinno-dominerade. (Etzioni 1969, xiii-xv; se också Toren 1969)

Rajavaara (1983) är i sin pro gradu-avhandling inne på samma linje som Etzioni (1969). Avsaknaden av ett eget paradigm leder till en splittrad praxis, där socialarbetarnas kunskapsbas inte är trovärdig då den inte baserar sig på ett yrkesmässigt kunskapsmonopol. Hon anser också att yrkeskåren alltför litet har deltagit i utvecklandet och förmedlandet av kunskapen hos det egna yrket. Hon kritiserar även socialarbetarna för att alltför mycket söka sin kunskap bland olika terapeutiska inriktningar, på vilka socialarbetets kunskapsmonopol ändå inte kan basera sig. Rajavaaras slutsats är den, att det sociala arbetet är i början av sin professionalisering och att socialarbetets möjligheter att uppnå en autonom, för andra yrkeskårer sluten, verksamhetsomgivning är svaga. (Rajavaara 1983, 107-129, 139; Mutka 1998, 40-41; jfr Mäntysaari 1997, 248-249)

Ett av de avgörande hindren för att det sociala arbetet skulle kunna utvecklas till en profession har man ansett dess brist på sådan vetenskaplig sakkunskap vara, som skulle vara samhälleligt erkänd. Vid utvecklande av socialt arbete och sociala tjänster har man förlitat sig starkt på den kunskap man får via forskningen. Det att det hittills gjorts så litet forskning, har dock ansetts utgöra ett hinder för utvecklandet av det sociala arbetet. Problematiskt är också att den kunskap som fås via forskningen inte ser ut att nå dem som jobbar på fältet. (Raunio 2004, 105,106)

Även om det sociala arbetet kritiserats för en viss avsaknad av vetenskaplig kunskap har dess styrka ansetts vara dess nära förhållandet till praktiken, till människors liv och till vardagserfarenheten. Dessutom ser socialarbetet ut att vara i en sådan strategisk ställning, varifrån det är möjligt att komma i kontakt med sådan erfarenhetsbaserad kunskap, som kan vara till samhällspolitisk nytta. Den särskilda nyttan av denna kunskap är, att den ger socialarbetarna kompetens och beredskap att på ett tidigt stadium berätta vad olika slag av större samhällspolitiska och problematiska förändringar indikerar, jämfört med vad motsvarande statistik och samhällsvetenskaplig forskning skulle göra. (Satka 2005, 312-313)

### **3.4 Professionsstrider**

Professionella experter utkämpar strider på olika plan, bl.a. med andra professioner inom samma bedömningsrevir. Som ett exempel kan man ta vården av missbrukare, där läkare, psykologer och socialvetare kämpar om ett ”diagnostiskt herravälde”. (Beckman 1989, 57)

#### **3.4.1 Att vara autonom eller styrd?**

Enligt Aili (2002, 10) finns det en rad med yrkesgrupper som möter och vårdar människor, som har ett akut behov av hjälp eller som har en livs- eller hälsosituation, som kräver en rad med svåra avvägningar. Yrkesutövaren förväntas då ta hänsyn både till individen och till dennes situation, men samtidigt även till läget i organisationen, till resurser och till lagstiftning. I denna bemärkelse kan man säga att yrkesutövaren både är autonom och styrd. Sådan är situationen för en rad yrken inom social- och hälsovården. Enligt min uppfattning är socialarbetarna en sådan yrkesgrupp, som i sitt arbete står inför ovanbeskrivna avvägningar.

#### **3.4.2 Jurisdiktion**

Professionella organiserar och kontrollerar sitt arbete genom att skapa förbindelser, länkar mellan sina kunskaper, färdigheter och speciella arbetsuppgifter. Dessa länkar används för att vinna legitimitet hos omgivningen samtidigt som de också drar upp gränser mellan olika yrkeskåror. Viktiga aktörer är andra närliggande professioner. Gränserna mellan olika professioner upprätthålls eller förflyttas i förhandlingsprocesser och strider. I det fall yrkeskåren lyckas, kan den få rätt att använda särskilda program, hantera specifika problemområden eller få rätt att kontrollera vilka som ska få verka inom området. För många yrken inom hälso- och sjukvården garanteras rätten att verka inom yrket genom legitimationssystem reglerade i lag. Man kan säga att de delar av arbetet som på detta sätt monopoliseras är professionens kärnverksamhet. De övriga delarna kan delas med andra, konkurrerande arbetsgrupper. (Aili 2002, 17)

Abbott (1988, 20) har gett länkarna mellan yrkeskårer (professionella) och arbetsfält benämningen juridiktion: ”*The central phenomenon of professional life is thus the link between a profession and its work, a link I shall call jurisdiction*”. Enligt Abbott är den avgörande drivkraften för professioners utveckling den, att de konkurrerar med varandra. Enligt Aili (2002) kan juridiktion betraktas som socialt skapande länkar, vilka förbinder en yrkesgrupp med ett fält och som gagnar yrkesgruppens autonomi. Dessa länkar kan materialiseras i lagstiftning och annan reglering, i efterfrågan på yrkesgruppens tjänster och i arbetsdelning på arbetsplatser. (Aili 2002, 19)

Abbott talar om olika grader och former av juridiktion samt om tre olika arenor, där juridiktionen verkar. Abbotts tre arenor är: den legala, den publika (mediala) arenan och arbetsplatsen. (Abbott 1988, 59-61; Aili 2002, 19; Johansson 2002, 21) På dessa olika arenor agerar yrkeskårer och enskilda yrkesutövare för att upprätthålla sina gränser till andra kårer och yrkesutövare. Enligt Abbott (1988) är en av de mest centrala frågeställningarna för professionsforskare att få veta, hur det går till då yrkeskårer skapar länkar mellan sig själva och ett arbetsfält. (Aili 2002, 19-20) Enligt Johansson (2002, 21) ingår det i yrkesutvecklingen att profilera sig gentemot andra yrkesgrupper och att bevaka den egna yrkeskårens position i olika sammanhang. Arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper antingen ger eller inskränker möjligheterna till yrkesutveckling. Genom att vissa krav på professionalisering uppfylls för en yrkesgrupp får den också möjligheter att sätta gräns för andras.

Jag kommer nu att i korthet beskriva de tre olika arenornas innehåll och betydelse för en professions juridiktionssträvanden enligt Abbott (1988), citerad av Johansson (2002, 21-22) och Aili (2002, 20-21). På den *legala arenan* stärks professionens formella rättigheter och dess kontroll över arbetet. Att t.ex. få legitimitet att utföra arbetsuppgifter är en självklar väg då det gäller att uppnå en kontroll över arbetet. Legitimation är en symbol för en slags garanti för att man innehar en bestämd kvalifikation. Det är viktigt att kunna reglera den formella kompetensen. Även tillgång till forskarutbildning är avgörande för en akademisk kunskapsutveckling. För yrkesutövare är det viktigt att kunna förmedla och utveckla den teoretiska kärnan i en profession.



På den *mediala* (eller *publika*) *arenan* bygger professionen upp sin bild av sig själv inför allmänheten. Det gäller att kunna bygga upp ett förtroende hos medborgarna och att påvisa att dåliga villkor för en specifik yrkeskår bl.a. leder till dålig service för medborgarna. Genom att nå allmänhetens gillande kan professionen uppnå auktoritet och kollektiva rättigheter. Man kan konstatera att allmänheten blivit en allt viktigare diskussionspartner jämfört med tidigare.

Med *arbetsplatsen som arena* handlar det om att erövra den funktionella kontrollen över olika arbetsuppgifter. På arbetsplatsen kan en jurisdiktion vunnit på den legala och publika arenan t.o.m. upplösas. Detta kan vara fallet i synnerhet när arbetsbelastningen är hög, vilket i vissa fall kan leda till att icke-professionella kan få utföra de professionellas arbete. Arbetsplatsen är den arena som Abbott tillmäter den största betydelsen.

Enligt Aili (2002, 28) är begreppet jurisdiktion ännu inte helt etablerat inom professionsforskningen och det saknar en gemensam, välavgränsad definition. Aili själv använder begreppet för att beteckna det utrymme en yrkeskår tillerkänns genom samhälls-sanktion och som syns på den legala arenan som lagar och andra regelverk.

## 4 Missbrukarvården

### 4.1 *Den samhälleliga kontexten för missbrukarvården*

Basen för den offentliga missbrukarvården utgörs av Lagen om missbrukarvård från 17.1.1986. Lagen är en ramlag, som definierar de centrala målsättningarna och principerna för förverkligandet av tjänster och service inom missbrukarvården. Lagen upphävde två tidigare lagar: Lagen om vården av dem som missbrukar berusningsmedel från 1961 och Lagen om lösdrivare från 1936.

Målet med missbrukarvården är att förebygga och minska missbruket av rusmedel samt de ”sociala olägenheter och men för hälsan”, som är förknippade med missbruket (1 §). Enligt lagens 1 § är målet också att främja funktionsförmågan och säkerheten för både missbrukaren och hans närstående. Allmänt taget har lagen uppfattats som en lag, som har sin värdegrund i det sociala arbetet. (Laitila-Ukkola 2005, 22)

Det är kommunens skyldighet att sörja för att vården av missbrukare ordnas så att den till sin innebörd och sin omfattning motsvarar behovet i kommunen (3 §). Härvidlag kan man konstatera, att kommuninvånarna är i mycket ojämlig ställning beroende på vilken kommun de råkar bo i. Tillgången till tjänster inom missbrukarvården är avhängig den politik som bedrivs i kommunen, betoningen och finansieringslösningarna för olika verksamheter och investeringar samt av hur kommunen organiserar och producerar sina tjänster. Laitila-Ukkola (2005, 6) anser att man med fog kan fråga sig huruvida klienternas grundrättigheter uppfylls i de olika kommunerna i vårt land idag. Utöver de olika utredningar, strategier och andra papper som gjorts för utvecklandet av den sociala servicen, behövs det en samfällig politisk vilja och ekonomiska resurser för att de nödvändiga förändringarna i servicestrukturen för missbrukare skall kunna genomföras. Laitila-Ukkola (2005, 6) betvivlar att denna vilja och att dessa resurser finns.

I och med att de statsbidrag kommunerna får av staten inte längre är s.k. öronmärkta för speciella tjänster, kan kommunerna själva prioritera vilka verksamheter de vill satsa på. Detta innebär att olika serviceformer och tjänster blir tvungna att konkurrera om sina verksamhetspremissor med varandra. (Kaukonen 2002, 152-153) Utvecklandet av service och tjänster för missbrukare har för det mesta inte haft den högsta prioritet i kommunerna. De mest utslagna och redan ofta svårt marginaliserade missbrukarna är de, som drabbats hårdast av olika nedskärningar i kommunerna. Nuorvala m.fl. (2004) har undersökt arbetsfördelningen mellan den allmänna servicen inom social- och hälsovården och missbrukarvårdens specialtjänster. Enligt dem ser det ut som om verksamhetsprinciperna i servicesystemet har gått mot en ökad selektivitet, vilket inneburit att de mest utslagna missbrukarna nödvändigtvis inte kommit i åtnjutande av den specialservice, de skulle vara berättigade till (t.ex. A-klinikens tjänster). Enligt Nuorvala m.fl. (2004, 617) ser den dåliga sociala statusen och beroendet av service ut att vara statistiskt hos klienter med missbruksproblem. Då denna klientgrupps möjligheter att driva sina rättigheter är begränsade, innebär det att de socialarbetare som jobbar inom missbrukarvården också har en etisk och moralisk skyldighet att föra dessa klienters talan, d.v.s. ”stå på barrikaderna”. (jfr Anis 2004, 79)

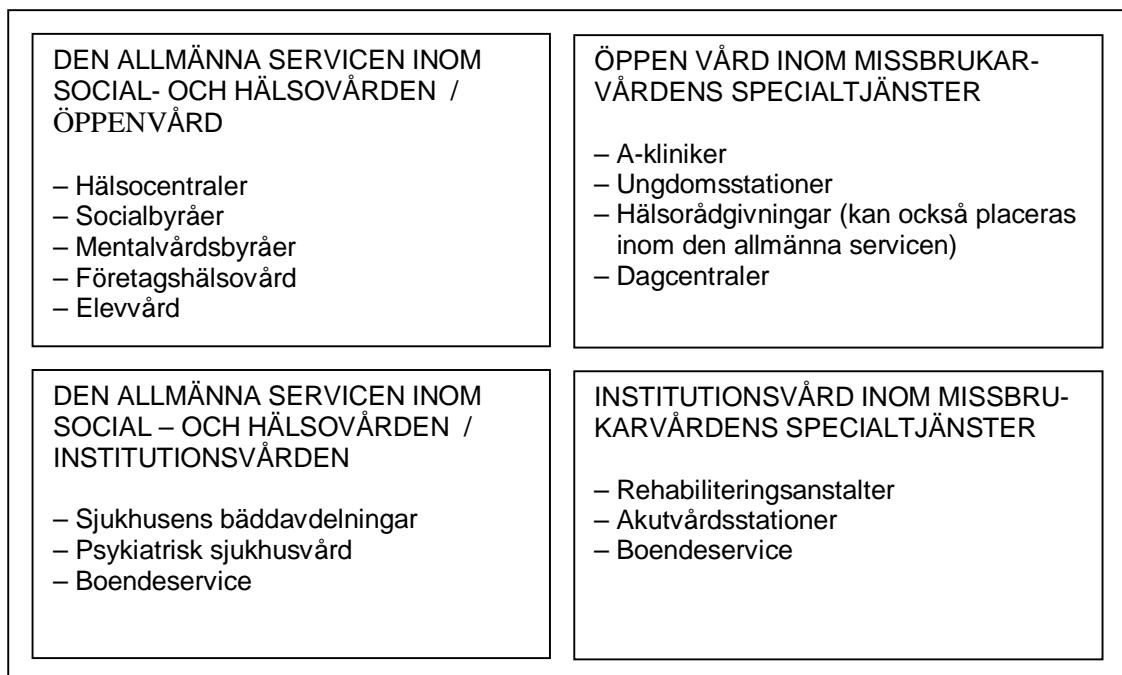
Det är inte enbart den kommunala kontexten som inverkar på hur missbrukarvården sköts. Verksamhetsförutsättningarna för hur servicen inom missbrukarvården handhas, är i största grad avhängig den alkohol- och drogpolitik som förs i vårt land samt av den interna ansvarsfördelningen mellan stat, kommuner och organisationer. Även den utveckling som sker inom själva missbrukarvården är av stor betydelse. (Kaukonen 2002, 143) Den djupa recessionen i Finland på 1990-talet är ett exempel på hur den samhällsliga situationen inverkat på utvecklingen av tjänsterna för missbrukare. A-kliniker och akutvårdsstationer drogs in och anslag för i synnerhet rehabiliterande anstaltsvård minskades drastiskt. Detta ledde till att missbrukarvårdens klienter sköttes på sjukhusens bäddavdelningar istället för på rehabiliterande anstalter, vilket i slutändan innebar högre kostnader för kommunen. (Kaukonen 2005, 312; Nuorvala m.fl. 2004, 617) Problematiskt är att sparivern ser ut att fortsätta i kommunerna, även om det inte längre finns fog för den. Kommuner har fortsatt med att uppgöra s.k. sparbudgeter trots att det rått högkonjunktur i landet. (Kaukonen 2005, 312; Murto 2004a, 47; Kaukonen 2002, 152-153)

## 4.2 Allmänt om organiseringen av missbrukarvårdens tjänster

Den kommunala missbrukarvårdens tjänster kan indelas dels i allmän service, dels i specialtjänster. Dessa indelas ytterligare i öppen vård och anstaltsvård. Enligt Lagen om missbrukarvård (6 §) är det i första hand meningen att tjänster och service för personer med missbruks- och beroendeproblem skall ordnas via kommunens basservice på det sätt, att den är lätt åtkomlig, smidig och mångsidig.

Vårdsystemet inom missbrukarvården kan beskrivas med följande schema, som är en förenklad version av schemat från Kvalitetsrekommendationen för missbrukarvården (2002, 24).

**Figur 1. Vårdsystemet inom missbrukarvården**



Enligt 3 § i Lagen om missbrukarvård har social- och hälsovården ett gemensamt ansvar för ombesörjandet av tjänsterna för missbrukare. Enheterna inom social- och hälsovården bör ha en klart organiserad arbetsfördelning och kommuninvånarna skall känna till var de kan få tjänster och service för sitt missbruk. Fastän alkoholrelaterade sjukdomar

är den största enskilda hälsorisken för finländare idag, har det visat sig vara en stor utmaning att få med hälsovården i vården av missbrukare. En av orsakarna är troligen den, att den finländska missbrukarvården alltid varit mycket starkt förankrad i socialvården och att det därmed kan ha varit svårt för hälsovårdens personal att anamma att behandling av missbruk är ett så komplext problem, där aktörer från olika sektorer bör samverka för att goda resultat skall uppnås.

### **4.3 A-klinikväsendet**

Den öppna vården inom missbrukarvårdens specialtjänster består av A-kliniker, ungdomsstationer, hälsorådgivningspunkter för sprutnarkomaner och dagcentraler för främst marginaliserade missbrukare. Eftersom fokusen för min pro gradu-avhandling är det sociala arbetet på A-kliniker, kommer jag inte att behandla de övriga serviceformerna.

Målgruppen för A-klinikerna är vuxna missbrukare och deras anhöriga. Alkoholmissbruk, alkoholberoende, problem med drickande, storkonsumtion mm är alla begrepp för situationer, där individens kontroll över sitt dryckesbeteende är stört eller nedsatt. Det är frågan om svåra och komplexa begrepp att beskriva och definiera. I de flesta fallen har det tagit flera år innan ett ”normalt” drickande spårat ut till ett problematiskt drickande, ibland oförmärkt, utan särskilda påvisbara orsaker. Ibland blir drickande en livsstil. (Larsson 1993, 123)

De centrala principerna för A-klinikverksamheten är frivillighet, individens självbestämmanderätt och konfidentialitet. Dessa principer utgör basen för dagens missbrukarvård och finns även nedtecknade i 8 § i Lagen om missbrukarvård

#### **4.3.1 Historik**

De första A-klinikerna som grundades i Finland var kommunala. I oktober 1953 öppnades A-kliniken i Vasa och i januari 1954 Helsingfors A-klinik. År 1955 grundades A-klinikstiftelsen, vars främsta uppgift kom att bli utvecklandet av A-klinikverksamheten i

vårt land. (Ahonen 2005, 51-57) Utvecklandet av A-klinikverksamheten sammanföll med de problem och utmaningar, som industrialiseringen och urbaniseringen förde med sig i människornas liv på 1950-talet. För att råda bot på problemen och hjälpa människorna grundades olika organ, som var specialiserade på en individuell rådgivning av klienter. A-klinikerna uppfattades som den tidens ”sociala innovation” (Mäki 1996, 25; också kapitel 2.1). Murto (2005a) talar om ”A-klinik innovationen”. Förutom A-kliniker grundades även familjerådgivningscentraler och uppfostringsrådgivningsbyråer vid samma tidpunkt. (Ahonen 1997, 10) A-klinikerna uppfattades och definierades som sådana speciella vårdplatser, dit personer med alkoholproblem frivilligt kunde söka sig (Toikko 2005, 182).

Idag finns det 70 A-kliniker i vårt land, varav majoriteten är kommunala. Drygt 10 A-kliniker upprätthålls och administreras av A-klinikstiftelsen. År 2006 uppsöktes A-klinikerna av ca 70 000 olika klienter (Murto 28.8.2007). Besöken är för det mesta avgiftsfria för klienterna. Ingen remiss behövs för att uppsöka A-kliniker. Den typiska vården på A-kliniker består av terapeutiska diskussioner, där en kartläggning av klientens livssituation och vårdbehov utgör basen för det fortsatta arbetet. Ibland kan arbetet bestå av enbart rådgivning och handledning. Centralt i vården är att väcka klientens egen motivation till förändring eller att främja en förändringsprocess, som redan börjat. Vid sidan av individuella samtal finns det möjlighet till familje-, grupp- och nätverksamtal. ([http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/a\\_klinikkatoiminta/hoitomuodot.html](http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/a_klinikkatoiminta/hoitomuodot.html))

Kännetecknande för A-klinikväsendet är, att man inte förespråkar endast en syn som den rätta synen då det gäller missbruksproblem. Det finns därmed inte heller enbart en behandlings- eller verksamhetsmodell som följs. Man brukar säga att A-kliniker är ”missbrukarvårdens varuhus”: beroende på situationen finns olika vårdalternativ och olika synsätt som styr utformningen av behandlingen, rehabiliteringen och terapin i praktiken. ([http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/a\\_klinikkatoiminta/hoitomuodot.html](http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/a_klinikkatoiminta/hoitomuodot.html))

### 4.3.2 Det sociala arbetet på A-kliniker

Utmärkande för den finländska missbrukarvården har ett ”icke-medicinskt angreppssätt” (”non-medical approach”) varit. Uttrycket myntades av Kettil Bruun år 1970, som ett alternativ till den då rådande allmänna internationella uppfattningen om att alkoholproblem skall ses som ett medicinskt problem. Bruuns budskap var att den medicinska vetenskapen inte har en sådan kunskap till sitt förfogande som skulle berättiga den att vara den enda, som skulle ha rätt att behandla och diagnostisera alkoholproblem. Bruun ansåg vidare att alkoholproblem ofta gäller praktiska problem i det sociala livet och därmed också bör behandlas som sådana. (Bruun 1971; Takala & Lehto 1988, 106)

Istället för den medicinska infallsvinkeln började man i vården tillämpa en helt annan synvinkel, *social case work*, där basen för det sociala arbetet gick att finna i Mary Richmonds case works-teori från 1920-talet. Denna verksamhetsmodell kom från USA till vårt land på 1950-talet. Utgångspunkten för case work var ett individcentrerat arbetsgrepp och ett mera terapeutiskt inriktat socialt arbete än tidigare (Takala & Lehto 1988, 114; Karvinen 1993, 141) Arbetsprocessen bestod av tre stadier: undersökning, diagnos och vård, vilket innebar att klientens problem samtidigt sågs som både individuella och sociala. Detta tankesätt implanterades på det sociala arbetet genom att betona vikten av att kunna gestalta klientens sociala helhetssituation. (Toikko 2005, 166-167) Grundidén för detta individuella sätt att jobba med klienter var att göra det möjligt för klienterna att ta i bruk sina egna resurser och samtidigt stärka och uppmuntra dem i deras försök att lösa sina problem (Karvinen 1993, 145). En förutsättning för detta sätt att arbeta är att det uppstår ett terapeutiskt vårdförhållande mellan klient och socialarbetare (Toikko 2005, 172).

För A-klinikernas del innebar detta att A-klinikerna blev socialarbetarcentrerade enheter framom medicinskt inriktade enheter (Takala & Lehto 1988, 114). Chefen för A-kliniken skulle vara en socialarbetare och teamet bestod oftast av en till två socialarbetare, en sjukskötare och en timanställd läkare (psykiater) (Auvinen 1996, 166; Takala & Lehto 1988, 114). Socialarbetarna blev socialterapeuter, vars ställning i klinikerarbetet var central (Toikko 2005, 183). Socialarbetarens roll var central också i själva vårdarbetet,

även om förhållandet till läkaren inte alltid var konfliktfritt. (Mäki 2006, 16) Läkaren såg ut att inneha något av en grindvakts roll: först då klienten uppsökt läkarens mottagning kunde han registreras i klientkartoteket. Under de första åren i A-klinikväsendets historia var sjukskötarens roll närmast ”medicinutdelarens” och det tog flera år innan sjukskötarens roll och betydelse uppmärksammades också i själva vården. (Auvinen 1996, 166) I början av 1990-talet pågick ett projekt, vars målsättning var att utveckla expertisen och stärka den yrkesmässiga positionen för sjukskötare verksamma inom missbrukarvården. (Inkinen 1991)

### **Från case work till psykosocialt arbete**

Case work är en kombination av en socialvetenskaplig förståelse av samhället och psykologin (<http://www.valt.helsinki.fi/yhpo/sosweb/sivut/juuret.htm>). Förändringar söks i dynamiken och strukturen i människans psyke (Toikko 2005, 174). Ur socialarbetets synvinkel sett har det inte varit oproblemiskt med ett koncept, som så starkt baserar sig på ett psykoanalytiskt sätt att diagnostisera och behandla problem. Mervi Ahla och Lauri Tarvainen (1959; Toikko 2005, 170-175) utarbetade därför en tillämpningsmodell av case work-metoden, som var anpassad till finländska förhållanden. Genom att betona att case work endast är en av socialarbetets flere metoder, ville man avdramatisera diskussionen kring begreppet. I detta individuella sätt att jobba (case work) utkristalliserades fyra viktiga aspekter:

1. betydelsen av det terapeutiska vårdförhållandet
  2. betoning på frivillighet och klientens egen aktivitet
  3. konfidentialitet
  4. vårdbehovet definieras både ur ett socialt och individuellt perspektiv samtidigt
- (Toikko 2005, 170-175)

Det psykosociala synsättet är ett centralt begrepp i case work och kan ses som en fortsättning på case work-traditionen. Psykosocialt arbete förknippas med situationer, där det förekommer missbruk, psykiska störningar, våld och kriser. Fokuset för psykosociala interventioner är individens psykiska välbefinnande, där en förändring av individens funktions- och tankesätt ofta ingår. Det psykosociala arbetet skiljer sig centralt från



psykoterapi på så sätt, att arbetets fokus är en livssituation medan fokus för psykoterapi är människans personlighet. Psykosocialt arbete kan ses som en mellanform mellan socialt arbete och psykoterapi, där klientens materiella behov tillgodoses samtidigt som det egna jaget stöds. (Granfelt 1993, 179, 200; Sipilä 1996, 224-225)

Med tanke på det sociala arbetet som utförs på A-kliniker är det således viktigt att hålla isär begreppen psykosocialt arbete och psykoterapi. Psykosocialt arbete är ingen terapiform, utan en av socialarbetets inriktningar. I det psykosociala arbetet ingår visserligen en terapeutisk dimension, men det är viktigt att förstå att kärnan i det psykosociala arbetet finns i socialpolitiken. Om en verksamhet är inriktad enbart på psykiska problem och relationsfrågor är det inte längre frågan om psykosocialt arbete. (Granfelt 1993, 223) Utmärkande för det psykosociala arbetet är en kombination av stöd och kontroll. Eftersom målgruppen för psykosocialt arbete är människor som ofta kan ha ett självdestruktivt beteende, kan socialarbetaren bli tvungen att ingripa för att stoppa beteendet, vilket klienten kan uppleva som intrång i den egna integriteten. (Sipilä 1996, 226)

Psykosocialt arbete har ofta varit utsatt för kritik av samhällsvetare. Utmärkande för diskussionerna kring det psykosociala arbetet har varit, att man inte velat se det som en del av det sociala arbetet. Det har också varit svårt att exakt definiera begreppet psykosocialt arbete, eftersom kännetecknen på arbetsmetoden inte är tillräckligt klara. (Sipilä 1996, 224-225)

Kaukonen (2000, 77, 88) kritiserar i sin tur det terapeutiskt inriktade sättet att arbeta: han ser det som en maktutövningsmetod, där socialarbetaren utövar en paternalistisk makt genom att kräva att klienterna skall vara ”terapidugliga”, d.v.s. besitta en förmåga att på ett psykodynamiskt plan kunna bearbeta sitt liv och sin situation. I synnerhet de mest utslagna missbrukarna upplevs sällan inneha dessa färdigheter, enligt Kaukonen (2005, 318). Genom att för mycket lita på den individuella vårdens möjligheter att lösa problem, föreligger det enligt Kaukonen (2000, 88) en risk att missbrukarvården förlorar sin genomskinlighet. Missbrukarvården borde, i stället för att fokusera på individuella lösningar, fokusera på de alltjämt föränderliga samhälleliga servicesystemen och där

försöka påverka de oskäligen levnadsförhållanden, som många av missbrukarvårdens klienter lever i.

Intressanta är också de undersökningar som gjorts beträffande den professionella vården inom missbrukarvården. En av klassikerna är S.Valles (1981; Saarnio 2004, 295-296) undersökning, där han granskat egenskaperna hos socialarbetare i relation till antalet återfall hos klienterna. Anmärkningsvärt är, att socialarbetarens interaktionsförmåga och förmåga till samarbete ser ut att vara av central betydelse med tanke på en minskad risk för återfall hos klienterna. Enligt Valle är det vanligt att man i den professionella vården alltför mycket poängterar betydelsen av olika metoder på bekostnad av socialarbetarens förmåga till interaktion och samarbete med sina klienter. Vilken betydelse har detta för utvecklingen av socialt arbete som profession? Föreligger det en risk att professionens position ytterligare försvagas, om man börjar framhäva socialarbetarens personliga egenskaper i stället för de professionella färdigheterna?

### **4.3.3 Det multiprofessionella teamarbetet på A-kliniker**

I vetenskaplig litteratur talar man om både multiprofessionellt samarbete och multiprofessionellt teamarbete, där det förra anses vara ett bredare begrepp. Team ses för det mesta endast som ett sätt att organisera ett mångprofessionellt samarbete. (Isoherranen 2005, 15) Med team avses en liten grupp människor, som är i interaktion med varandra för att uppnå ett gemensamt mål. En form av team är det mångprofessionella teamet i öppen vård, som för det mesta består av representanter för olika yrkesgrupper eller organisationer. (Övretveit 1995, 93-94) Jag har inte velat särskilja på begreppen multiprofessionellt samarbete och multiprofessionellt teamarbete, utan jag använder dem som synonyma begrepp i fortsättningen.

I Finland fick begreppet multiprofessionellt samarbete fotfäste i slutet av 1980-talet, men först på 1990-talet började man använda begreppet mer konsekvent. Enligt Isoherranen (2005, 13) och Metteri (1996, 10) är begreppet diffust och kan närmast ses som ett paraply-begrepp för flera olika samarbetsfenomen. Ur klientperspektiv är målsättningen för ett multiprofessionellt samarbete den, att en gemensam syn hos de sakkunni-

ga beträffande en möjlig lösning på hans eller hennes problem skulle uppnås. I den gemensamma processningen av kunskap i teamet integreras kunskaper och färdigheter på det sätt, att klientens helhetssituation beaktas. (Isoherranen 2005, 14, 23)

Att jobba mångprofessionellt ställer krav på deltagarnas förmåga att uttrycka sin egen ståndpunkt klart och tydligt, att argumentera för den egna åsikten och att lyssna på andra. Färdigheten att tillsammans processa kunskap har blivit allt viktigare. Samarbetstillfällena är ofta situationer, där teammedlemmarna utgående ifrån mycket olika synvinklar förväntas kunna bygga upp en gemensam helhetssyn och en gemensam målsättning över de nödvändiga åtgärderna som bör vidtas för att lösa klientens problem. Detta sätt att tillsammans processa kunskap kallas också för *delad social kognition* och är ett av de mest centrala begreppen i modernt multiprofessionellt samarbete. (Isoherranen 2005, 14, 23)

Multiprofessionalitet innebär att det å ena sidan är viktigt att utreda och klargöra den egna expertisen och det egna specifika kunnandet, å andra sidan att bygga upp det gemensamma kunnandet i gruppen. Det har visat sig vara speciellt viktigt att förstå den egna specialkunskapen, då man försöker samla ihop de olika uppfattningarna som råder hos de enskilda sakkunniga i gruppen. Om en sakkunnig *inte* kan identifiera särdragen i den egna expertisen, delar han nödvändigtvis inte med sig av sin kunskap åt de övriga i teamet. Sakkunnighet och expertis är något som produceras och förtjänas i interaktion med teammedlemmarna. Det räcker inte med att man har en bra substanskunskap utan man måste också vara kapabel att i olika situationer dela med sig av sitt kunnande för ett gemensamt bruk. (Isoherranen 2005, 19)

Mönkkönen (2004) har forskat i hur olika tänkesätt, logiker möts i arbetslivet. Hon talar om tre logiker: *ingenjörlogik* (naturvetenskaplig-teknisk), *psykologlogik* och *relationslogik*. Med logik avser hon sättet på hur vi fäster uppmärksamhet vid något fenomen, på vilket sätt vi studerar det och hur vi förklarar det. I *ingenjörlogiken* fästs uppmärksamhet vid de tekniska aspekterna, vid deras påverkningsmekanismer och orsak-verkan förhållanden. Typiska yrken i ingenjörlogikvärlden är ekonom, läkare och naturvetare. Utmärkande för dessa yrken är ett logiskt-rationellt tänkesätt. I *psykologlogiken* ligger

fokusen på individen och hans förhållande till omvärlden. Individens personliga motiv och personlighetsdrag är centrala vid förståelsen av hans beteende. Den psykologiska logiken är vanlig hos professionella inom mänskorelaterade yrken, men har också vunnit terräng bl.a. inom ledarskap. *Relationslogiken* igen är intresserad av dynamiken i de mänskliga interaktionsförhållandena utgående ifrån den samhälleliga och kulturella kontexten. I relationslogikvärlden är man intresserad av dynamiken, kontexten och de sociala betydelseerna av olika situationer. Den optimala situationen för de mänskliga, sociala relationerna möjliggör ett samarbete, där nya innovationer och insikter kan födas. (Mönkkönen 2004, 26-44)

Enligt Mönkkönen (2004, 27-29) är de olika logikerna inte bundna till specifika yrken eller kön, även om skillnader mellan de olika logikerna i vetenskapliga undersökningar har varit tydligast mellan det naturvetenskapliga och det humanistiska synsättet. Alla olika logiker behövs. Det väsentligaste skulle vara att få de olika logikerna att möta varandra. Om de olika logikerna granskas som sinsemellan konkurrerande synsätt och sanningar, leder det till en polemik om vem som har rätt. De olika logikerna utsätts ofta för prövningar i sådana situationer, då ett gemensamt uppdrag skall skötas. Problematiskt med tanke på samarbetet är om ett synsätt lyfts upp som det enda rätta sättet. I praktiken syns detta i situationer där man anser att lösningen på mänskors problem endast finns hos en yrkeskår (Isoherranen 2005, 29, 152). Ett exempel på detta är enligt mig medicaliseringen av missbruk, där den medicinska expertisen anser sig ha rätt att diagnostisera missbruk som en sjukdom. Mönkkönen (2004, 48) frågar sig om det är rätt att kalla en sådan verksamhetsmodell för teamarbete, där mänskorna tävlar om de egna positionerna och om vem som har rätt? Enligt Mönkkönen (1996, 62) är problemet för de mångprofessionella arbetsgrupperna i kommunernas social- och hälsovårdsorganisation det, att de är organiserade utgående ifrån symptom och problem (t.ex. A-kliniker), vilket innebär att de olika synsätten i de olika organisationerna kan vara svåra att förena. Detta kan i sin tur leda till maktkamper mellan olika myndigheter om vem som har rätt.

Ett mer konstruktivt sätt för de olika logikerna att mötas är genom dialogen (Mönkkönen 2004, 48). Dialogen är ett verktyg, med vars hjälp man kan konstruera en gemensam, delad förståelse i den mångprofessionella diskussionen. Dialog är ett centralt be-

grepp då man vill beskriva den sociala kommunikationen. En fungerande dialog (fi.dialogisuus) kan definieras som en ömsesidig interaktion, där det för alla parter öppnar sig en ny, gemensam förståelse som ingen ensam kan uppnå. (Isoherranen 2005, 25; Mönkkönen 2004, 46) Utmärkande för dialogen är att man är beredd att lyssna på avvikande åsikter och på åsikter, som inte faller en själv i smaken utan att genast kritisera eller komma med motargument. En dialog kräver tålmod, eftersom en lösning inte hittas i en handvändning. Dialogen kräver också mod att stiga ut på ett område där ingen vet. Detta betyder att man för en stund måste lösgöra sig från den egna ståndpunkten för att granska den andra logiken, för att sedan tillsammans komma till insikt om den gemensamma skärningspunkten. (Mönkkönen 2004, 49; Isoherranen 2005, 25) I bästa fall föds det under diskussionen en helhetsbild av det undersökta fenomenet samtidigt som det sker en förskjutning från en individuell kunskap mot en kollektiv kunskap, där den delade förståelsen byggs upp.

Genom att förena olika logiker kan man konstruera en helhetsbild av klientens situation. Detta är en alldeles olik och mer holistisk bild än den bild som skulle konstrueras utgående ifrån endast ett synsätt. Det att olika sakkunniga separat träffar den gemensamma klienten är inte tillräckligt för att en holistisk syn skall bildas, utan förutsättningen är att de sakkunniga samlas till en jämbördig och gemensam dialog. Kärnan i det multiprofessionella samarbetet är den dialogiska processen. Man pratar om flerstämmighet, då man vill beskriva vikten av att olika sakkunnigas röster blir hörda då det besluts om en klients vård. (Isoherranen 2005, 26, 152)

A-kliniker fungerar som arenor för olika yrkesgrupper och därmed också för olika logiker. I vårt land har A-klinikerna ansetts vara föregångare då det gäller multiprofessionellt samarbete. Missbruk har ansetts vara ett så komplext psykosocialt problem, vars behandling kräver ett mångsidigt och brett kunnande samt ett samarbete, som sträcker sig över sektorgränser. Det multiprofessionella team-arbetet är fortsättningsvis en av de viktigaste hörnstenarna i A-klinikernas verksamhet. (Auvinen 1996, 165; Murto 28.8.2007)

Intressant är att olika logiker kan finnas också inom ett och samma yrke. Enligt Karvonen (1996, 32) har det marknadsinriktade sättet att tänka betytt att två synsätt ställs mot varandra i det praktiska socialarbetet: det tekniskt-manageristiska och uppgiftscentrerade synsättet (ingenjörlogik) ställer krav på resultat och kvalitet, medan den för det sociala arbetet typiska helhetssynen betonar en praxis, som är både varierande och innovativ.

#### **4.4 Medikaliseringstrenden**

I mer än tre årtionden har sociologer intresserat sig för medikaliseringen. Begreppet medikalisering myntades av sociologen Irving Zola år 1972. Peter Conrad definierade 1992 medikalisering som en process, där icke-medicinska problem definieras och sköts som medicinska ofta i termer av sjukdom och störningar. Exempel på normala fenomen och tillstånd som medikaliserats är ängslighet, förlossning och åldrande. (Conrad 1992; Conrad 2000, 322-323)

Den allmänna tendensen i vårt samhälle ser ut att förespråka ett förhållningssätt, där olika experter styr människors liv, vilket har ökat på medikaliseringens inflytande. Tuomainen m.fl. (1999, 8) använder begreppet ”kulturell megatrend”, då de beskriver medikaliseringen. Det är inte bara det finländska samhället som berörs av medikaliseringen utan hela vårt västerländska samhälle är medikaliserat (Mustajoki 2003, 1869).

Risken med medikalisering är, att normala tillstånd hos människor omvandlas till olika diagnoser, för vilkas vård det behövs medicinsk sakkunskap. Den medicinska professionen ges fullmakt att tillhandahålla behandlingen av dessa tillstånd. (Conrad 2000, 322) Följderna av medikaliseringen för den enskilda individen kan innebära en villfarelse om att samhället alltid har resurser att svara på människors olika problem, genom att erbjuda medicinsk vård. Risken med ett sådant förfaringssätt är, att människor till sist inte längre klarar av att själva lösa de problem som det står inför. Ur en samhällsekonomisk synvinkel innebär medikaliseringen en ökning av den redan hårt ansträngda offentliga sektorns utgifter för hälsovården. (Mustajoki 2003, 1871)

Allmänt taget har man ansett att medikaliseringen varit en trumfkort för den medicinska yrkeskåren i kampen om position och auktoritet olika yrkeskårer emellan (Tuomainen et al 1999, 17; Mustajoki 2003, 1870). Conrad (2005) däremot anser, att läkarens roll förändrats: även om läkarna fortsättningsvis kan ses som grindvakter för den medicinska vården har deras roll blivit allt mer av sekundär betydelse med tanke på expansionen av medikaliseringen. Medikaliseringen styrs idag framför allt av de kommersiella intressen som finns på marknaden framom de professionellas krav på makt och synlighet. (Conrad 2005, 3)

#### **4.4.1 Medikalisering av missbruk**

Medikaliseringen av avvikande beteende har också gällt alkoholism och drogerberoende. Beteenden som tidigare stämplades som omoraliska, syndiga och kriminella har getts en medicinsk betydelse, som inneburit en förskjutning ifrån en individuell svaghet mot sjukdom. (Conrad 2000, 322-323) Enligt Murto (2002, 177) kan både kriminalitet och medikalisering ses som alternativa kontrollmetoder.

I april 2005 utkom gängse vård- rekommendationen för alkoholmissbruk, som gav läkarna verktyg för hur de skall bemöta och sköta människor med beroendeproblem. Enligt rekommendationen definieras alkoholberoende (alkoholism) som en kronisk och återkommande hjärnsjukdom, där det starka och tvångsmässiga behovet att använda alkohol blir livets medelpunkt. Alkoholproblem utgör den största hälsoriskerna i det finländska samhället, vars konstaterande, förebyggande och vård bör grunda sig på vetenskapligt bevisbara resultat. Målsättningen med vård- rekommendationen var att förbättra, klargöra och förenhetliga själva vården för människor med alkoholberoende, men också ge verktyg för ett tidigt ingripande i alkoholproblem. (Suomalainen lääkäriseura 11.4.2005)

Enligt gängse vård- rekommendationen utgör de psykosociala vårdformerna basen för vården av missbrukare. Effekten av den psykosociala vården påverkas dels av kvaliteten på vårdformen, dels av terapeutens förmåga att skapa ett gott interaktionsförhållande (se

också Saarnio 2004, 294-295). På basis av undersökningar har man kunnat fastställa att motiverande samtal, kognitiv beteendeterapi, 12 stegs modellen (AA), nätverksterapi och par- och familjesamtal är exempel på bra psykosociala vårdformer. Trots psykosociala interventioner har det visat sig att 40-70 % av människorna ändå på nytt och okontrollerbart börjar använda alkohol ett år efter avslutad vård. Enligt rekommendationen kan man med en adekvat, medicinsk vård avsevärt förbättra vårdresultatet (i medeltal med 15-25 %). De medicinska vårdalternativen är väldokumenterade på basis av vetenskapliga undersökningar (evidence based).

([www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi): alkoholiongelmaisen hoito; Suomalainen lääkäriseura 11.4.2005)

Då det gäller vården av drogberoende personer utgavs motsvarande gängse vårdrekommendation av Duodecim (Finska läkarsällskapet) och Päihdelääketieteen yhdistys i januari 2006. Jämfört med alkoholmissbruk har drogmissbruk ännu klarare ansetts vara frågan om en sjukdom (Murto 2002, 177). Vården av drogmissbrukare kan delas in i läkemedelsfri behandling (psykosocial vård) och i medicinsk behandling. Allmänt taget har man ansett, att det p.g.a. drogproblemets karaktär krävs insatser av flera olika instanser för ett lyckat resultat. ([www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi): huumeongelmaisen hoito) Problematiskt med tanke på vården av drogmissbrukare är, att bruk och innehav av narkotika är straffbara handlingar, vilket innebär att vården också är en del av det straffrättsliga påföljdssystemet. Fram till 1990-talet var det kriminalpolitiska perspektivet dominerande i synen på narkotikaproblematiken. I takt med det ökade bruket av droger, kom också andra synsätt in i bilden. Vid sidan av det förebyggande arbetet och kontrollen började man i slutet av 1990-talet allt klarare se missbrukarvården som en del av narkotikapolitiken. Detta ledde till att narkotikaproblem började uppfattas som ett mångskiftande problem, med både kriminella, sociala och folkhälsomässiga följder. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005, 251, 252, 259; jfr Murto 2002, 177)

Kaukonen (2002, 155-156) beskriver i sin artikel den historiska utvecklingen av narkotikabehandlingen i Finland från 1960-talet till 2000-talet. Utmärkande för behandlingen i Finland ända till slutet av 1990-talet var, att det fanns förhållandevis litet specialiserad behandling för drogmissbrukare. Den s.k. andra drogvågen i Finland i medlet av 1990-talet innebar en explosionsartad ökning av användningen av droger och ledde till det



som Kaukonen benämner som ”den specialiserade narkotikabehandlingens expansionsfas”. Antalet vårdenheter speciellt ämnade för drogmissbrukare minst 10-dubblades och den medicinska vården av opioidmissbrukare utvidgades. (Kaukonen 2002, 156) För kommunerna innebar den ökade droganvändningen nya utmaningar och också mera kostnader. (Villikka 2004, 11) För att kommunerna skulle klara av att utvidga vården för drogberoende i takt med det ökade vårdbehovet, beviljade staten åren 2002 och 2003 sammanlagt ca 15 miljoner i extra öronmärkta statsbidrag, som kommunerna särskilt kunde anhålla om. (opiodiriippuvaistenhoito:

<http://stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/934/chapter5.htx>).

Det är i synnerhet den medicinska vården för opioidmissbrukare som väckt diskussioner ute på fältet, i synnerhet bland företrädarna för den sociala expertisen. Detta syntes också i mina informanternas tidvis, mycket starka ställningstaganden och åsikter gentemot denna vårdform. Vården har ända sedan 1997 (28/1997) varit reglerad via förordningar givna av Social- och hälsovårdsministeriet. Med den första förordningen godkände man substitutionsbehandlingen som ett instrument för den officiella narkotikapolitiken. Med substitutionsbehandling avses en långvarig läkemedelsbehandling (t.ex. metadon, buprenorfin) av narkotikaberoendet. I vårt land är behandlingen förknippad med en strävan efter att gradvis kunna minska läkemedelsdoserna så, att patienten småningom skulle bli fri från sitt beroende och därmed kunna leva ett drogfritt liv. Till vården hör också en intensiv, psykosocial vård. Den nu gällande förordningen (289/2002) har varit i kraft fr.o.m. 1.5.2002. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005, 250, 263)

Enligt Hakkarainen & Tigerstedt (2005, 259) kan man se substitutionsbehandlingens frammarsch som ett barn av sin tid. Tillströmningen till behandlingen har varit så stark, att den läkemedelsfria behandlingen lidit av klientbrist. Hakkarainen & Tigerstedt (2005, 261) frågar sig, vilket det optimala förhållandet mellan den läkemedelsfria, respektive den läkemedelsbaserade behandlingen kunde vara i framtiden. Också bland de professionella ute på fältet har substitutionsbehandlingen varit utsatt för stark kritik. Kritiken har bl.a. gällt oron för det allt starkare medicinska angreppssättet som råder i behandlingen av drogmissbrukare. Också det allt jämt ökande intravenösa bruket av buprenorfin, har väckt frågan om huruvida det ens är möjligt att behandla opioidbero-

de med samma ämne som missbrukats. (opiodiriippuvaisten hoito: <http://stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/934/chapter5.htm>).

#### 4.4.2 Sammanfattning

Trots att missbrukarvården är ett välutforskat område, tycks forskarna inte få entydiga svar på frågan ”varför Jeppe dricker”. Pekka Saarnio (2004) konstaterar, att såvida missbruksproblemet skulle gå att lösa via mängden av forskningsrapporter som gjorts, skulle det inte finnas en enda alkoholist eller narkoman längre. Det man med säkerhet kan säga är, att vård alltid lönar sig om det andra alternativet är att inte vårda. Det man också vet är att det inte finns en universal behandlingsmanual, som skulle passa alla missbruksproblem utan olika vårdalternativ behövs. (Murto 2004b)

Många samtidiga processer på 1990-talet har medverkat till förstärkandet av medikaliseringen. Bland annat det växande drogmissbruket har ökat på förväntningarna gentemot de medicinska vårdmodellerna. Den samhällsliga kontexten inverkar också på fenomen som medikalisering: den ekonomiska recessionen på 1990-talet medverkade till krav på evidensbaserade vårdmetoder, i tider då sociala förmåner skars ned. Eftersom samhällets resurser är begränsade, anser professorn i missbrukarvård Mikko Salaspuro (2005) att alla vårdformer bör lösa in sin rätt till offentliga medel genom att påvisa sin effekt: all vård bör basera sig på vetenskapliga bevis.

Företrädarna för den medicinska professionen har ibland uppfattats ha svårt att förstå den oro, som de professionella inom den sociala sektorn har gentemot medikaliseringen. Eftersom människors problem idag är så mångfacetterade, är det inte möjligt att endast en yrkeskår skulle ha kompetens att diagnostisera och behandla dessa problem. För de professionella inom socialvården har det alltid varit viktigt att se på problemen ur ett multiprofessionellt perspektiv, där man tillsammans med andra yrkesgrupper granskar olika fenomen. (Väärälä 2005, 23)

## 5 Metod och material

Syftet med den här undersökningen har varit att utreda, hur socialarbetare på A-kliniker definierar kunskapskärnan i den egna expertisen och hur den egna expertisen relaterar till andra yrkesgruppers expertis i ett multiprofessionellt team. I avhandlingens tidigare kapitel har jag belyst forskningsfrågan utgående ifrån tidigare forskning, medan jag i undersökningens empiriska del strävar efter att få ett svar på mina specifika forskningsfrågor.

Kvalitativa och kvantitativa metoder är verktyg och deras användbarhet beror på vilka forskningsfrågor som ställs och vilket syftet med undersökningen är. (Silverman 2000, 1; Bryman 1997, 130; Kvale 1997, 69) Som verktyg kräver de olika kompetens av forskaren. Som begrepp syftar kvalitet på arten och beskaffenheten av något, medan kvantitet syftar på hur mycket, hur stort och mängden av något. Även om metoderna inte skall ses som konkurrerande, utan närmast som både teoretiskt och praktiskt sammanflätade med varandra, ser det ut som de kvantitativa metoderna skulle ha ett övervälde inom den samhällsvetenskapliga diskursen. (Kvale 1997, 67, 69; Bryman 1997, 12) Eftersom jag i min undersökning använt mig av kvalitativa forskningsmetoder, kommer jag i fortsättningen enbart att behandla den kvalitativa forskningen.

### 5.1 Den kvalitativa forskningsintervjun

Enligt Kvale (1997) har det ofta hävdats att den kvalitativa forskningsintervjun saknar objektivitet och därmed är ovetenskaplig, eftersom den har sin grund i det mänskliga samspelet som skapas i intervjusituationen. Denna kritik kommer närmast ifrån positivismen, vars utgångspunkt är att den mänskliga faktorn skall elimineras från all forskning. Kritiken kan mötas genom att hänvisa till vilken definition på vetenskap som används: enligt en bred definition är vetenskap varje metodisk produktion av ny och systematisk kunskap. (Kvale 1997, 61-64) Enligt Silverman (2004, 221) bör såväl den kvalitativa som den kvantitativa diskursen omfattas av samma kritiska frågor gällande deras förmåga att bidra till produktion av giltig och trovärdig kunskap.

Kvale definierar forskningsintervjun som ”en intervju, vars syfte är att erhålla beskrivningar av den intervjuades livsvärld i avsikt att tolka de beskrivna fenomenens mening” (Kvale 1997, 13). Johansson (2005) anser att det finns många skillnader mellan spontana samtal och intervjuer, men också grundläggande likheter. Likheten ligger i att forskningsintervjun också är ett samtal, liksom de spontana, vardagliga samtalen. Skillnaderna ligger i att forskningsintervjun är en konstruerad situation och därmed ett samtal av professionell karaktär. Intervjusituationen präglas i hög grad av maktrelationen som finns mellan intervjuare och intervjuad: intervjuaren ställer frågor som den intervjuade förväntas svara på. (Johansson 2005, 187-188)

Att använda intervjun som forskningsmetod betyder att intervjun har en struktur och ett syfte. (Kvale 1997, 13) Forskningsintervjuer skiljer sig ifrån varandra beroende på graden av strukturering, d.v.s. beroende på hur fixerat frågorna är formulerade och i vilken mån intervjuaren disponerar intervjusituationen. Benämningarna för de olika typerna av intervjuer är enligt Hirsjärvi & Hurme (2000, 43) brokiga. Ett sätt att strukturera de olika formerna av kvalitativa forskningsintervjuer är att dela in intervjuerna i halvstrukturerade eller strukturerade, som tema-intervjuer eller i öppna intervjuer. Den öppna intervjun kallas ofta också för en djupintervju, vilket i praktiken betyder att man gör flera öppna intervjuer med samma informant. (Eskola & Suoranta 1999, 87)

Eftersom intervjun är råmaterialet för den senare meningsanalysen är kvaliteten hos den ursprungliga intervjun avgörande för kvaliteten hos den senare analysen, verifieringen och rapporteringen. (Kvale 1997, 134)

### **5.1.1 Temaintervjuer**

Utmärkande för temaintervjun är att ämnesområdena, temaområdena, är definierade på förhand (Eskola & Suoranta 1999, 87). Hirsjärvi & Hurme (2000, 47) definierar temaintervjun som en ”halvstrukturerad intervjumetod”, medan Eskola & Suoranta (1999, 87) håller den halvstrukturerade intervjun som en separat metod. Enligt Hirsjärvi & Hurme är temaintervjun ändå ”närmare” den ostrukturerade än den strukturerade inter-

vjun, eftersom frågorna och t.o.m. frågornas form exakt lika för alla i en typisk halvstrukturerad intervju, medan enbart intervjuns temaområden är de samma för alla i en temaintervju (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48).

I en intervjuguide anges ämnena för undersökningen samt i vilken ordning de kommer att tas upp under intervjun. För en halvstrukturerad intervju innehåller guiden en översikt över de centrala teman som skall täckas och förslag till frågor. Varje intervjufråga kan bedömas både tematiskt och dynamiskt. Tematiskt relateras frågorna till ämnet för intervjun, till de teoretiska föreställningarna som ligger som grund för undersökningen och till den påföljande analysen. Dynamiskt bör frågorna stimulera till ett positivt samspel, d.v.s. till att samtalet hålls flytande och att den intervjuade känner sig motiverad att tala om sina upplevelser och känslor. En bra intervjufråga bör därmed tematiskt bidra till kunskapsproduktionen och dynamiskt till skapandet av ett bra samspel mellan intervjuaren och intervjupersonen. (Kvale 1997, 121-122)

Det var naturligt för mig att välja den halv-strukturerade temaintervjun som forskningsmetod, eftersom metoden var bekant för mig från tidigare: jag hade prövat på metoden våren 2005, då jag intervjuade två socialarbetare för ett mindre kvalitativt forskningsarbete. Med intervjuerna för min pro gradu-avhandling ville jag komma åt enskilda socialarbetares uppfattningar och tolkningar beträffande den specifika kunskapskärnan i socialt arbete på A-kliniker. Jag var också intresserad av hur de ser på den egna expertisen i relation till andra närliggande yrkeskårens expertis.

Min intervjuguide för min pro gradu-undersökning var uppbyggd utgående ifrån följande fem (5) temaområden (se bilaga 1):

1. Bakgrund/Inledning
2. Arbetsuppgifter/Kunskapskärnan
3. Det multiprofessionella teamarbetet
4. Medikaliseringen
5. Framtidsvision

Då jag hade gjort de fyra (4) första intervjuerna fick jag en känsla av att jag kanske inte skulle komma att få några täckande svar på mina egentliga frågeställningar, eftersom intervjuerna så starkt var fokuserade på frågor kring konflikter och spänningar mellan den medicinska och den sociala professionen. Också mina frågor gällande kunskapskärnan i socialt arbete såg ut att delvis vara för abstrakta och för svåra att svara på. I den första intervjuguiden fanns inte heller det mångprofessionella teamet med som ett eget tema, och blev därmed inte systematiskt behandlat. Efter konsultation med min handledare i september 2006 reviderade jag intervjuguiden för de fyra (4) återstående intervjuerna. I de kvarvarande intervjuerna fokuserade jag mera på socialarbetarens expertis och på socialarbetarens position i det multiprofessionella teamet. Jag bad också om mer konkreta beskrivningar av det egna arbetet och den egna expertisen. Trots att jag till vissa delar omarbetade min intervjuguide, var de flesta av frågorna ändå de samma för alla informanter.

## **5.2 Materialinsamling**

Min ursprungliga tanke var, att jag skulle intervjua 6-10 socialarbetare vid olika A-kliniker. Jag tänkte att en spridning av informanterna på olika A-kliniker skulle ge en mer nyanserad och objektiv bild och tolkning av min problemställning, och att skillnader i arbetsvillkor skulle ge upphov till olika sätt att tala om arbetet. (Jfr Aili 2002, 64) Min avsikt var att välja ut olika stora A-kliniker på så sätt, att ungefär hälften skulle representera stora kommuner (i huvudsak huvudstadsregionen) och den andra hälften mindre kommuner. Jag hade en förhandsuppfattning där jag tänkte mig att det kollegiala stödet på en stor A-klinik stärker den egna yrkesidentiteten, medan man som enda socialarbetare på en mindre A-klinik kan ha svårare att profilera den egna expertisen och staka ut gränserna mot övriga yrkeskårer. Efter samtal med min handledare kom jag på andra tankar. Mitt sampel på 6-10 socialarbetare skulle vara för litet för att man skulle kunna dra några allmängiltiga slutsatser beträffande hur storleken på A-kliniken inverkar på hur man som socialarbetare ser på sin yrkesroll och på den egna positionen i ett mångprofessionellt team. Dessutom skulle det vara svårt att i praktiken och också etiskt

orätt, att begränsa antalet informanter till endast en per A-klinik. Nedan kommer jag att beskriva hur rekryteringen av informanterna gick till.

### 5.2.1 Informantrekrytering

Efter det att jag övergivit min ursprungliga tanke att intervjua socialarbetare vid olika A-kliniker, stod jag inför dilemman hur jag skulle gå tillväga för att få ihop ett lämpligt antal informanter. Hur många A-kliniker skulle jag närma mig i mitt ärende? Skulle det räcka med en stor A-klinik, eller behövde jag närma mig flera? Av bekvämlighetskäl (tid, resurser och geografiska avstånd) hade jag bestämt att jag skulle försöka rekrytera ett lämpligt antal informanter från huvudstadsregionen.

Av praktiska skäl valde jag att närma mig en A-klinik, vars ledning var bekant för mig från tidigare. Jag råkade träffa chefen för denna stora huvudstadskommuns A-klinikkväsande i slutet av maj 2006, där jag berättade om mitt pro gradu-arbete och att jag för tillfället håller på och försöker rekrytera informanter. Samtalet avslutades med en överenskommelse om att jag kan skicka brevet (bilaga 2) till honom. I brevet, som allmänt var riktat till föreståndare för A-kliniker, hade jag i korthet beskrivit undersökningens syfte och metod. Eftersom brevet skulle nå denna kommuns alla A-kliniker med sammanlagt tio (10) socialarbetare, ville jag inte skicka ut brevet i det här skedet till någon annan A-klinik, förrän jag inväntat utfallet på den första rundan. Brevet skickade jag den 30.5.2006.

Då ingenting hörts på drygt en vecka, närmade jag mig chefen på nytt den 7.6.2006, denna gång per e-post. Redan samma dag fick jag svar på mitt e-meddelande, där chefen undrade om han också kunde skicka mitt brev till obehöriga socialarbetare och till de ledande socialarbetarna. Jag rådde honom att informera om undersökningen åt alla i det här skedet, utan urskiljning. Samma dag fick jag en lista på tio (10) namn. Eftersom fokus för min undersökning var det sociala arbetet på A-kliniker, föll ungdomsstationens socialarbetare bort som en tänkbar informant. Jag var också tveksam angående socialarbetaren på substitutionspolikliniken, men beslöt sist och slutligen att inkludera henne i undersökningen. Orsaken till min tveksamhet var, att det sociala arbetet på en

sådan A-klinik är i en mycket speciell situation p.g.a. den starka influensen från de medicinska vårdformerna.

Den 15.6.2006 skickade jag personliga e-meddelanden till alla nio (9) socialarbetare vid de olika A-klinikerna. För att kunna följa med hur meddelanden öppnades, hade jag fogat en automatisk svarsfunktion till mitt meddelande. Jag kunde sålunda följa med hur de öppnades och lästes, men för övrigt hördes ingenting. Eftersom det var mitt i semestertider blev jag orolig över att ingen verkade ha tid eller intresse för min studie.

Slutligen fick jag fyra (4) informanter från denna första informantrekryteringsrunda, efter att till sist ha ringt upp var och en enskilt. Det här betydde att jag var tvungen att återgå till min ursprungliga plan, d.v.s. till att försöka rekrytera informanter från olika A-kliniker. I denna andra fas av informantrekrytering kontaktade jag tre (3) mindre A-kliniker, med högst 1-2 socialarbetare i arbetsgruppen. Också i de här fallen gick jag via chefen med mitt brev (e-meddelande) som i sin tur skickade meddelandet vidare till de berörda socialarbetarna. Alla socialarbetare (4) som kontaktades under denna andra rekryteringsrunda, ställde upp på intervjun.

Sammanlagt intervjuade jag åtta (8) socialarbetare vid sex (6) olika A-kliniker och fyra (4) kommuner i södra Finland. Alla A-kliniker var kommunala, och tre (3) av A-klinikerna hörde till samma kommun. Kommunerna, och följaktligen därmed också A-klinikerna i undersökningen, representerar ett tvärsnitt av små, medelstora och stora kommuners sätt att organisera tjänsterna och servicen inom den öppna vården för personer med missbruksproblem.

### **5.2.2 Informanterna**

Informanterna som inkluderades i studien var mellan 29 och 63 år, medelåldern var 50 år. Tre (3) av informanterna var över 59 år. En (1) av informanterna var deltidspensionär. Två (2) av informanterna var svenskspråkiga och två (2) var män. Beträffande utbildningsnivån var två (2) magistrar i samhällsvetenskaper, två (2) hade en socialarbetarexamen från Svenska social- och kommunalhögskolan (SSKH), en (1) var socionom



(YH) och tre (3) av informanterna hade en 1-årig behörighetsutbildning för socialarbetare ifrån 1980-talet. Av dessa tre (3) hade två (2) en pedagogikexamen som grundexamen medan en (1) var diakon. Endast en (1) av informanterna hade gått en längre terapiutbildning. Yrkesbenämningarna för informanterna i studien var socialterapeut (4), socialarbetare (2), och två (2) som hade övriga titlar.

Beträffande informanternas arbetserfarenhet ifrån missbrukarvården varierade längden på den allt från fyra (4) månader till ca 22 år. Med arbetserfarenhet ifrån missbrukarvården avsåg jag erfarenhet ifrån den öppna vården (A-kliniker och ungdomsstationer) eller ifrån anstaltsvården (akutvårdsstationer och rehabiliteringsanstalter). Även om en av informanterna endast hade jobbat fyra (4) månader inom missbrukarvården hade hon en gedigen och lång erfarenhet av annat socialt arbete (13 år).

### **5.2.3 Intervjutillfällena**

Intervjuerna ägde rum mellan den 10.7 och den 3.10.2006, på informanternas arbetsplatser och på deras arbetstid. Alla intervjuer bandades. Den längsta intervjun räckte nästan 2 timmar, den kortaste 1 timme och 15 minuter. Medellängden för intervjuerna var 1 ½ timme. Med resor inberäknade tog varje intervju mellan sex (6) och åtta (8) timmar i anspråk.

Informanterna hade blivit informerade om undersökningen via sina chefer. I de allra flesta fallen hade chefen vidarebefordrat brevet jag skickat till honom till A-klinikens socialarbetare. I brevet hade jag beskrivit min undersökning i stora drag. Det, huruvida cheferna uppmanade sina socialarbetare att delta i undersökningen eller om de förhöll sig mera neutralt och varken uppmanade eller nekade till deltagande, vet jag inget om. I själva brevet betonades att deltagande i undersökningen är frivilligt. I regel berättade jag ytterligare om undersökningen, om dess syfte och målsättningar, innan den egentliga intervjun startade.

Stämningen var övervägande positiv vid intervjuerna. Vid ett intervjutillfälle hade jag själv en upplevelse av att stämningen var spänd särskilt i början av intervjun, då infor-

manten mycket kortfattat svarade på mina frågor: intervjutillfället liknade mer än ett förhör än ett tillfälle av ömsesidig kommunikation. Mot slutet av intervjun blev stämningen bättre och med facit i hand tycker jag nu att den intervjun är en av de bästa. Som tidigare nämnts kan varje intervjufråga bedömas både tematiskt och dynamiskt: tematiskt med tanke på dess relevans för forskningsämnet, och dynamiskt med hänsyn till interaktionen och det mellanmännsliga förhållandet i intervjun. (Kvale 1997, 121) Jag anser att intervjuguidens temafrågor fungerade både tematiskt och dynamiskt bra, fastän en del av frågorna upplevdes som jobbiga och svåra att svara på. Detta gällde främst de fyra (4) första intervjuerna, då en del av frågorna var ganska abstrakta. Efter det att jag reviderade min intervjuguide, var det ingen som sade något om att frågorna varit svåra.

I början av varje intervju poängterade jag att det varken finns ”rätta” eller ”fel” svar på någon fråga, utan att det är just den informantens syn och tankar på en frågeställning eller ett fenomen jag är ute efter. Esaiasson m.fl. (2004, 286) talar om att uppfattningarna varken behöver vara ”sanna” eller ”falsa” utan att idén är att försöka komma intervjupersonerna så nära, att man verkligen fångar in deras tankevärld. Fastän intervjuerna delvis upplevdes som jobbiga, konstaterade flera av informanterna efteråt att det varit nyttigt att stanna upp och reflektera över det egna yrkeskunnandet och den egna professionens position i ett mångprofessionellt team.

Även om språket i sig inte är det man vill undersöka är språket alltid en del av undersökningsobjektet och den sociala verkligheten (Eskola & Suoranta 1999, 139, 195). Varje utskrift av en intervju medför också en rad metodiska och teoretiska problem. Ofta betraktas utskriften som det enda pålitliga empiriska datamaterialet, vilket inte är sant: en utskrift är alltid en konstruktion, där en muntlig kommunikationsform har blivit en skriftlig. Varje utskrift från ett sammanhang till ett annat för med sig en rad bedömningar och avgöranden. (Kvale 1997, 149-150)

Efter intervjutillfällena transkriberade jag intervjuerna, men inte helt ordagrant. Jag följde samma system för alla intervjuer: upprepningar och utfyllnadsord utelämnades, också avsnitt där informanten mycket utförligt berättade om något som inte var relevant för undersökningen, skrevs inte ut. Jag skrev ut särskilt långa pauser (över 30 sekunder),

likaså suckar, skratt och tecken på irritation, eftersom dessa hjälpte mig att framkalla och minnas situationen, samtidigt som de ökade förståelsen för en utsaga då jag tog itu med analysen. Ibland var det också svårt att snappa upp de exakta ordvalen informanten använde p.g.a. att informanten talade otydligt och/eller tyst, olika bakgrundsljud gjorde också att det ibland var svårt att höra vad som egentligen sades. Detta upplevde jag inte som något problem eftersom avsikten inte var att undersöka på vilket sätt betydelser i texten produceras (jfr diskursanalys), utan det relevanta var substansen i och betydelsen av texten. (jfr Eskola & Suoranta 1999, 139, 195)

De finska intervjuerna transkriberades till finska, men citat ur dessa översattes till svenska. För att underlätta förståelsen av informanternas uttalanden, har jag följt Kvaless (1997, 158) och Alasuutaris (1994, 262) råd där de uppmanar att återge intervjupersonernas talspråk i en läsbar skriftlig form. De utskrivna intervjuernas längd varierade mellan 12 och 21 sidor text med radavstånd 1 ½. Sammanlagt gav de åtta intervjuerna 147 sidor transkriberad text.

#### **5.2.4 Etiska reflektioner**

Konfidentialitet och anonymitet är två begrepp som inte nog kan betonas (Eskola & Suoranta 1999, 57). Etiska avgöranden är aktuella under hela forskningsprocessen och inte enbart vid särskilda stadier av själva intervjuundersökningen. Också forskarens person, hennes känslighet och engagemang för moraliska frågor och handlingar är avgörande för kvaliteten på de etiska avgörandena i varje forskningsprojekt. (Kvale 1997, 105-112) Vid intervjutillfället betonade jag särskilt informanternas rätt till anonymitet och att jag kommer att använda mig av fingerade namn då jag använder direkta citat. Eftersom det endast var två (2) män i undersökningen och risken att bli igenkänd därmed var stor på basis av könet, beslöt jag mig för att använda kvinnonamn för samtliga informanter. I synnerhet en av informanterna, den ena av de två männen, hade särskilt mycket funderat på de här sakerna och t.o.m. övervägt att tacka nej då han tänkte att han ändå kommer att bli igenkänd.

Antagligen kommer människor att veta att det är jag som är jag, den risken måste jag nu ta, inte hjälps det något annat. Det finns inte så många sådana här A-kliniker i Finland som har socialarbetare som chefer. Nå, knappast får man nu sparken för det här, kanske det är någon nytta med det också. Jag funderade nog på saken.

Som forskare är det viktigt att vara medveten om sina attityder, fördomar och förhandsuppfattningar om fenomenet. Forskarens objektivitet förs uttryckligen genom att man blir medveten om och känner igen sin egen subjektivitet. (Eskola & Suoranta 1999, 17) Det jag funderat mycket på är min roll som forskare kontra min roll som socialarbetare. Jag upplevde att jag tidvis hade svårt att ta på mig rollen som forskare. Min egen långa erfarenhet av socialt arbete inom missbrukarvården gjorde att jag många gånger hade svårt att distansera mig från min socialarbetarroll. Jag fann mig själv funderande kring ”varför skall jag hålla på och fråga om sådant, som jag i princip själv vet”? Detta inverdade hämmande framförallt i sådana situationer, då jag upplevde att jag ställde s.k. självklara frågor (t.ex. om det konkreta arbetet).

Det andra problemet jag brottades med var det faktum, att mina informanter visste att jag var chef för en A-klinik även om jag vid tidpunkten för intervjuerna var tjänsteledig från mitt arbete. Jag tror att konstellationen chef-socialarbetare fanns med i intervjuerna, eventuellt mera än konstellationen forskare-socialarbetare. Detta har fått mig att reflektera över huruvida informanterna själva kunde distansera sig från sin position som anställda, för att i stället ta på sig rollen som sakkunniga informanter?

Även om jag upplever mig som en ”van intervjuare” efter mer än 20 års praktiskt arbete av att intervjua människor i mitt arbete som socialarbetare, var det en helt annan situation att intervjua kolleger för en undersökning. Jag anser mig också besitta goda kunskaper i det finska språket, men delvis p.g.a. nervositet och osäkerhet tyckte jag att jag många gånger hade svårt att få smidiga och relevanta följdfrågor till stånd, vilket jag märkte först då jag höll på och littererade intervjuerna. Det grämde mig att jag inte alla gånger lade märke till ypperliga möjligheter till tilläggsfrågor. Trots dessa svårigheter var flera av intervjuerna mera som narrativa berättelser än intervjuer, vilket jag ser som en positiv sak.

En del av informanterna uttryckte också sina förväntningar och förhoppningar gällande min undersökning och dess möjligheter att föra fram det sociala arbetet på A-kliniker. Detta innebär att jag känner att jag har ett ansvar att förvalta gentemot mina informanter: genom min pro gradu-avhandling kommer deras röster att bli hörda genom att jag sätter namn och ord för de tankar och funderingar, som de kommit fram med i sina intervjuer.

### **5.3 Analysmetod och beskrivning av analysprocessen**

Avsikten med analysen är att skapa en klarhet i materialet för att sedan kunna producera ny kunskap om det undersökta fenomenet. Överlag anses det att det svåraste i en kvalitativ undersökning är analysen, eftersom det inte finns klara, strukturerade regler för hur man skall gå tillväga. (Eskola & Suoranta 1999, 138) Också den stora mängden material innebär att analysstadiet samtidigt är både intressant, men också problematiskt och arbetsdrygt (Hirsjärvi & Hurme 2000, 135). Alasuutari (1994) liknar undersökningens analyskedje vid ett mysterium eller en gåta, som skall lösas.

Allmänt anses analys och tolkning vara en fråga om två skilda händelser. Analysen av data är en process, där man ordnar och strukturerar sitt material på ett sådant sätt att det blir lättare tillgängligt för tolkningen. Denna grovsortering av materialet kallas också för kodning. I praktiken innebär kodning eller indexering i kvalitativ forskning att forskaren tolkar, definierar och sätter ut koder vid de textavsnitt som han har märkt ut. Efter indexering är det möjligt att smidigt granska materialet: t.ex. söka vissa avsnitt, gruppera materialet på nytt. (Eskola & Suoranta 1999, 151, 155-156; Repstad 1998, 93)

Det är skäl att hålla i minnet att ingenting dyker upp av sig själv i materialet, utan att det alltid är frågan om forskarens konstruktion. Fastän forskaren strävar efter att lyssna noggrant på och förstå sitt material, styrs han av undersökningens syften, den egna förståelsen och tidigare teorier: kodningen utgör en blandning av forskarens fördomar och en tolkning av materialet. Det är viktigt att vara medveten om sin egen subjektivitet och om att listan på koder lever under hela kodningsprocessen. Ett annat problem då det gäller kodning av ett kvalitativt material är, att olika forskare kodar på olika sätt. T.o.m.

samma forskare kan vid ett annat tillfälle koda materialet på ett helt annat sätt. (Eskola & Suoranta 1999, 157-158)

Själv hade jag tyvärr inte möjlighet att följa Silvermans (2000, 121, 136) och Hirsjärvis & Hurmes (2000,135) råd om att genast ta itu med bearbetningen och analysen av materialet då det var insamlat. Littereringarna av intervjuerna var mycket arbetsdryga och det betydde ofta att jag inte hunnit litterera de föregående intervjuerna innan jag gjorde min följande intervju. Uppskattningsvis tog de 8 intervjuerna på sammanlagt 12 timmar cirka 72 timmar att skriva ut. Den 3.10.2006 gjorde jag den sista forskningsintervjun. En dryg månad senare, den 8.11.2006, var alla intervjuer littererade. I slutet av november började jag ta itu med själva analysarbetet, även om jag anser att jag påbörjade analysen redan vid littereringen av intervjuerna. I slutet av varje littererad intervju gjorde jag spontana kommentarer samt skrev ner den röda tråden, såsom jag uppfattade den.

Den sammanlagda littererade mängden text på 147 sidor gjorde genomläsningen av materialet mödosam och jag förstod ganska snart att jag bör grovsortera och spjälka upp materialet i mindre bitar för att komma vidare. (jfr Eskola & Suoranta 1999, 151) För att basen för analysen och rapporteringen skall vara tillräckligt systematisk, är det viktigt att man framskrider etappvis i analysen och samtidigt är medveten om att den första systematiseringen ingalunda är den sista. Man kan koda eller klassificera materialet på många sätt. Då det gäller temaintervjuer kan temana i sig själv fungera som ett slags första systematisering av materialet. På detta sätt, temavis, kan man gå igenom hela materialet och granska sådana drag, som varit gemensamma för de flesta informanterna (Eskola & Suoranta 1999, 152, 180; Hirsjärvi & Hurme 2000, 141-142, 173)

En fördel med att använda sig av temaintervjuguiden vid kodning av materialet är kombinationen av tidigare forskning och den egna erfarenheten: redan då man funderat på frågor till intervjuguiden har man använt sig av teoretiska synvinklar ifrån tidigare forskning samtidigt som man tillämpat den egna personliga erfarenheten, då man funderat på lämpliga temaområden och sammanställt frågor för intervjuguiden. (Eskola & Suoranta 1999, 153) Även om de olika temaområdena har sin givna plats i intervjuguiden kan samma tema dyka upp under olika stadier i intervjun, vilket betyder att sekven-

serna som berör samma tema men från olika delar av intervjun sammanställs under ett och samma tema. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 142) Det här stadiet av analysen innehåller redan mycket tolkningsaspekter då forskaren tolkar och gör avvägningar beträffande hur han placerar de olika fragmenten av text under de olika temaområdena (Eskola & Suoranta 1999, 153).

I praktiken gick jag tillväga på så sätt, att jag kopierade intervjuguiden till ett nytt dokument i Word, ett för varje informant. Ifrån de ursprungliga intervjuerna kopierade och klistrade jag de textavsnitt som passade in under respektive temaområde och specifika intervjufråga. Det här skedet av analysen klargjorde också de luckor som fanns i materialet p.g.a. att jag av någon anledning inte följt intervjuguiden. Å andra sidan framkom det också sådana teman, som inte funnits i min intervjuguide (spänningar inom den egna expertisen, om att orka i arbetet).

Jag var mycket systematisk då jag gick igenom de olika intervjuerna: jag var noggrann med att märka ut sidnumren från den ursprungliga, littererade intervjun, så att jag snabbt skulle kunna hitta avsnittet vid senare behov. För att märka ut att texten var fragment av en större helhet, använde jag mig av parentes och tre punkter (...). I det här skedet av processen gjorde jag också egna anteckningar och sammanfattningar: jag tolkade och kommenterade an efter jag sorterade materialet. Slutresultatet av denna grovkategorisering var ett material som tedde sig mycket mer åskådligt än de ursprungliga, littererade intervjuerna.

Vid följande stadium i analysarbetet gick jag ett steg vidare: för varje informant gav jag max två (2) A4:ans sidor, på vilka jag ytterligare sammanfattade alla de punkter som kommit upp vid föregående steg. I det här stadiet av analysen påminde mitt sätt att jobba om det Kvale (1997, 16) kallar meningskoncentrering, där långa uttalanden pressas samman i kortare. Avsikten var att reducera större intervjutexter till kortare och koncisare formuleringar. Nu började jag se klara mönster och likheter i de olika informanternas berättelser och utsagor och framförallt hade jag ett material, som tedde sig lättare att greppa: de ursprungliga 147 sidorna hade komprimerats till 10 sidor, vilket gjorde materialet lätt att hantera och behandla.

Under analys- och tolkningsprocessen av mitt material inspirerades jag också av andra forskares sätt att strukturera sitt material. Carola Ailis (2002) doktorsavhandling om barnmorskors tal om sitt arbete och i synnerhet metoddelen i Arja Ruisniemis (2006) doktorsavhandling, var de främsta inspirationskällorna då jag försökte hitta framkomliga vägar för analysen av det egna materialet. Jag hade också möjlighet att närvara vid en doktorsdisputation<sup>2</sup> och en licentiatgranskning<sup>3</sup> under våren 2007. Vartdera tillfället gav mig mycket värdefull information i synnerhet beträffande de metodologiska avvägandena i arbetet med min pro gradu avhandling.

Aili (2002) talar om fyra olika sätt, på vilka arbetet ser ut att framträda hos barnmorskorna: det formella sättet att tala om arbetet, arbetet som olika typer av interaktion med klienten, arbetet som interna relationer till kolleger och andra yrkesgrupper, samt slutligen arbetet som kunskapsutveckling. (Aili 2002, 75-80) Efter den första kodningen av materialet enligt Ailis (2002) klassificering, konstruerade jag sedan begrepp som en praktisk och en teoretisk kunskapskärna. Under dessa begrepp ordnade jag informanternas tal om sitt arbete. Den praktiska kunskapskärnan delade jag ytterligare in i två kategorier, den teoretiska kunskapskärnan i en kategori.

Som en helt separat kategori höll jag uttalanden om det multiprofessionella arbetet. Då jag inledde analysen tänkte jag mig att det multiprofessionella samarbetet mest skulle komma att handla om ett samarbete i en positiv bemärkelse. Men på basis av informanternas uttalanden var det inte riktigt så. I uttalandena utkristalliserades nämligen ganska snabbt en annan aspekt på det mångprofessionella samarbetet: det började framträda ett mönster av spänningar, konflikter och motsättningar, speciellt inom den egna professionen. Jag spjälkte därmed upp det multiprofessionella samarbetet i underkategorier. Den ena underkategorin behandlar gränsdragningar mellan andra professioner, medan den andra behandlar spänningar inom den egna professionen. Denna indelning av informanternas tal om sitt arbete blev sedan stommen för den empiriska delen av avhandlingen.

<sup>2</sup> Ulla Knuuti "Matkalla marginaalista valtavirtaan? Huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toimintaminen"

<sup>3</sup> Hanna Heinonen "Kohti syvempää ymmärrystä sosiaalityössä"- sosiaalityöntekijät tutkivaa ja arvioivaa työtöytä paikantamassa.



I synnerhet i början av analyskedet inspirerades jag också av Terhi Laines (2006) indelning av socialarbetare i olika identiteter och tolkningsreportoarer. Mitt material kunde i princip ha låtit sig indelas i olika socialarbetaridentiteter: efter att ha läst igenom intervjuutskriften ett antal gånger framstod vissa socialarbetare som mera terapeutiskt inriktade, medan andra igen såg ut att vara mera uppgiftscentrerade. (jfr Aili 2002, 162-184) Jag funderade också på att eventuellt konstruera en s.k. idealtyps socialarbetare (jfr Eskola & Suoranta 1999, 182-186). Slutligen kom jag ändå till den konklusionen, att mitt material inte skulle ha vunnit på denna typ av kategorisering. Jag upplevde att detta skulle ha varit en alltför snäv inriktning som inte skulle ha gett rättvisa åt mitt material. I stället önskade jag att jag med analysen skulle kunna ge en röst åt så många som möjligt (flerstämmighet). En konstruktion av en idealtyp skulle enligt mig ha blivit mer enstämigt en flerstämigt.

Sammanfattningsvis kan man konstatera, att det i kvalitativ forskning är vanligt att man i praktiken använder sig av flera analysmetoder. Dessa är ofta sammanflätade med varandra utan klara gränser. Sällan kan man använda enbart en metod. (Eskola & Suoranta 1999, 162) Jag upplever själv att jag använt mig av flera olika sätt och metoder då jag bearbetat mitt material, vilket jag försökt beskriva ovan. Kvale (1997, 17, 184) talar om användning av ad hoc som den vanligaste formen av intervjuanalys, vilket innebär att forskaren fritt växlar mellan olika metoder.

Som jag tidigare har nämnt har mitt material varit rikt, vilket enligt mig inneburit en styrka med tanke på avhandlingens resultatdel. Informanterna var mycket motiverade och intresserade av att dela med sig av sina erfarenheter och sina tankar, vilket gjorde att intervjuerna förlöpte bra och smidigt. I något skede av analysen var jag litet rädd för att mitt material eventuellt var för brett och därmed också för tunt. Jag kände igen Silvermans (2000, 63) "the kitchen sink gambit", med vilket han avser en sådan situation där utgångspunkten varit för bred och forskaren säger litet om mycket. Först då jag förmodade släppa taget om de första, ursprungliga forskningsfrågorna, som särskilt var fokuserade på medikaliseringen och på förhållandet mellan den sociala och medicinska expertisen, öppnade sig materialet på ett nytt sätt för mig och jag började se djupet framom bredden. (jfr Silverman 2000, 64)

## 6 Den samhälleliga kontexten för socialt arbete

Det rådande samhällsklimatet och kontexten i vilket socialt arbete på A-kliniker befinner sig i, togs upp av flera informanter. Följderna av en ny ekonomisk recession kunde framförallt innebära att mentaliteten mot missbrukare skulle bli ännu fientligare och att viljan att satsa pengar på service för denna grupp ytterligare skulle försämrans i samhället.

Sedan är det ju förstås om vi får en ny ”lama” och man börjar och inskränka det här så att det inte mera finns så mycket människor som jobbar inom missbrukarvården. Då kan det också gå på det sättet att den där mentaliteten inom samhället, folk börjar rikta sig fientligt mot missbrukarna och då blir de utan vård, men då syns de på hälsovårdsstationerna och sjukhusen – och det är ju sådant vi inte önskar! (Fanny)

Trenden i dagens samhälle är det ekonomiska synsättet, vilket i informanternas berättelser bl.a. syntes som tal om samhällets krav på effektivitet och produktivitet. För de socialarbetare som jobbar inom missbrukarvården ser detta ut att betyda åtminstone två saker: för det första bör arbetet som utförs vara av så hög kvalitet att någon är villig att betala för det. För det andra ser samhällets krav på produktivitet och effektivitet ut att styra målet för insatserna till att enbart gälla huruvida klienterna kan fås rehabiliterade till ett arbetsdugligt skick igen. Detta är ofta ändå en alldeles för utopistisk målsättning då det gäller människor med svåra missbruksproblem. Undersökningar har påvisat, att människor med missbruksproblem har en socioekonomiskt låg ställning och att de klienter som uppsöker A-kliniker och annan öppen vård är mindre bemedlade än befolkningen i medeltal (Auvinen 1996, 174; Nuorvala m.fl. 2004, 617).

Människans värde har förändrats: idag bör människan vara produktiv. Och sedan då det i samhället finns sådana här marginalgrupper, som verkligen inte producerar något alls men som man försöker hålla vid liv, så värdesätts det inte alls, utan det räknas som onödigt arbete. Att om den huvudsakliga målsättningen för det här arbetet är sysselsättning – alltså att få klienterna till ett arbetsdugligt skick – så det är ju en alldeles omöjlig tanke. (...) Visserligen är det en ekonomisk nytta om de slutar och dricka fastän de aldrig mer skulle få ett arbete. Men det är de där ekonomerna som räknar ut det här... (Emma)

En annan konsekvens av det ekonomiska synsättet är, att man även i sociala verksamheter börjar tillämpa ekonomiska och teknologiska begrepp, detta sätt att tänka och denna verksamhetslogik. I socialservicen syns detta ekonomiska och teknologiska synsätt på

det sätt, att man börjar prata om produkter och prestationer i stället för att beskriva själva innehållet i arbetet. (Kananoja 2006, 27; Karvinen 1996, 38)

Och speciellt då man aldrig kan påvisa sådana där mätbara resultat. På något sätt får man en sådan där känsla att vårt arbete utsätts för en press uppifrån – alltså enligt lärorna från den ekonomiska sektorn om att mäta – man värderar oss utgående ifrån prestationerna för vårt arbete: hur många klienter. Att vad vi gör är viktigare än kvaliteten på arbetet. Att fokuset är mer på att de vill veta om vi alls utför något arbete och om det är effektivt: hur många minuter som det går till olika arbetsuppgifter, i stället för att vara intresserad av vad vi ger för färdkost åt just den här klienten. Det är ju fruktansvärt svårt att mäta, för då mäter man ju antal, och räknar ut effektiviteten utgående ifrån det sen. (Emma)

I synnerhet en av informanterna tog upp detta ekonomiska och prestationsinriktade synsätt som på A-kliniker syns som en ökad byråkrati, där det viktigaste ser ut att vara att man fyller i blanketter på rätt sätt i stället för att fokuset för arbetet skulle vara relationen mellan klient och socialarbetare. Att implantera ett marknadstänkande på socialt arbete går också under namnet New Public Management (NPM). I Storbritannien har det visat sig att NPM medfört en förskjutning från sådana arbetsmetoder, som betonar det terapeutiska och individriktade sättet att arbeta inom socialt arbete, mot ett socialt arbete, där det viktigaste är att behärska den nyaste tekniken och att övervaka, kontrollera och utvärdera de egna arbetsinsatserna. (Harris 2005, 161) I en annan undersökning gjord av Addis et al (1999; citerad av Vind 2006, 327) tas de faktorer upp som ser ut att vara problematiska med tanke på den evidensbaserade praktiken i socialt arbete med missbrukare: införandet av en strikt, manualbaserad behandlingsmodell i vården av missbrukare skulle framförallt försvåra etableringen och vidmakthållandet av den terapeutiska alliansen med klienterna, samt mötandet av den enskilda klientens individuella behov.

Laitila-Ukkola (2005, 91) frågar sig hur det skall gå med sociala arbetet i framtiden, om den ekonomisk-teknologiska logiken tar överhand: blir socialarbetarens röst hörd vid en eventuell omdefiniering av det egna arbetet? I ljuset av min undersökning ser det ut som om det teknologisk-ekonomiska synsättet ändå främst verkar vara de stora kommunernas och A-klinikernas problem, medan man på mindre A-kliniker ännu förhållandevis fritt ser ut att kunna bestämma över de metoder och de sätt arbetet utförs på. Men för den enskilda socialarbetaren som berörs av olika innehållsmässiga förändringar i det

egna arbetet är frustrationen och maktlösheten stor – vem skall man som socialarbetare opponera sig emot, då befallningarna som kommer ”uppifrån” ofta upplevs som både opersonliga och anonyma?

Åtminstone upplever jag att det här arbetet har förändrats, då jag jämför med hur det var då jag började här. (...) Det ser ut som om det skulle hålla på och förändras till ett sådant där funktionellt socialt arbete igen, där man betonar metoder, man hänvisar hit och man hänvisar dit, i stället för att stanna upp med klienten så som man gjorde förr. (...) Jag upplever nog att jag hade mer tid för klienterna tidigare. Det här arbetet har blivit allt mer byråkratiskt (...) det är mycket viktigt att man bokför alla prestationer, å andra sidan har det nu väl alltid varit så, men det ser ut som om det nu skulle ha blivit en överdrivet viktig sak. Och sen är det alla dessa lägesbedömningsformulär (fi. tilannearvio-kaavake). I början var de flersidiga. Man gick sedan igenom hela formuläret med klienten. (...) Och det att man med alla klienter måste gå igenom precis samma frågor! Jag tycker att man skulle ha kunnat plocka olika frågor beroende på vilken klient det var frågan om. Systemet betjänade nog mera insamlingen av statistiska uppgifter. Personligen tycker jag inte om att vara tvungen att tentera klienten, då han kommer till mig. För mig har det alltid varit viktigt att först föra en s.k. ”lätt diskussion” och sedan, så småningom, kommer också de frågor upp som finns i lägesbedömningsformuläret. (Emma)

Och visst opponerar vi oss men då blir svaret ”att så här skall det här göras”. Eftersom ordern har kommit någonstans uppifrån” – och då bestämmelserna är ansiktslösa, så vem skall vi göra uppror emot? Eller vem skulle lyssna på oss då vi säger att vi skulle vilja utföra vårt jobb på ett annat sätt? Alltid kan man ju sedan säga åt oss ”att börja med en privatmottagning då”. Då man är anställd inom staden så hör det till att arbetet förverkligas på ett visst sätt. Men jag måste nog säga att jag är litet lessen över att sådana färdigheter som ur klientens synvinkel skulle vara mer nyttiga, inte värdesätts. Att inte tycker ju klienten att han fått någonting om man endast fyllt i blanketter med honom. (Emma)

Kraven på att även socialt arbete skall omfattas av en mer vetenskapligt underbyggd kunskapsbas ser enligt olika forskares bedömningar ut att bli allt vanligare. Den term som mest används då det gäller en vetenskaplig säkring beträffande effekterna av en verksamhet är evidensbaserad praktik (EBP). (Bergmark & Lundström 2006) Det som är problematiskt med tanke på att mäta utfallet för interventioner i socialt arbete är, att en förändring i en människas situation alltid är en summa av många faktorer, varav det sociala arbetet endast utgör en liten bråkdel. Det som ytterligare försvårar utvärderingen är, att det sociala arbetets interventioner inte enbart baserar sig på den vetenskapliga kunskapen utan även på annan kunskap såsom lagar och förordningar, samt på den kunskap som fås i interaktion med klienterna (den tysta och erfarenhetsbaserade kunskapen) (Murto 2004a, 51). Denna tysta kunskap låter sig inte lätt trans-

formeras till en begreppslig form, vilket gör det svårt för forskare att mäta verkningsfullheten av det sociala arbetets interventioner. (Särkelä 2001, 7) Vuorensyrjä m.fl. (2006, 30) talar om vikten av social rapportering, med vilken de avser insamling, systematisering och rapportering av kunskap för att bättre kunna synliggöra den tysta kunskapen.

(...) Inte bara i Finland utan i hela världen har man tänkt att det här evidence-based är ju ett bra system! Och hur svårt det är att göra socialt arbete till evidence based, för samma tankar och samma vetenskapliga tänkande fungerar ju inte. Det bygger ju helt på positivismen, det där medicinska tänkandet. (...) Och så använder man det här tankesättet i alla andra system som bara går att tänka sig. (...) (Bodil)

## **7 Socialarbetarnas tal om sitt arbete**

Jag har tidigare i avhandlingen beskrivit det sociala arbetet ur ett samhällsperspektiv och socialarbetaryrket ur ett professionsteoretiskt perspektiv. Eftersom syftet med denna undersökning är att synliggöra det sociala arbetet på A-kliniker anser jag det vara viktigt att lyfta fram hela yrkeskåren, genom att beskriva det arbete som socialarbetarna utför. Det finns väldigt litet, om alls, beskrivningar av socialt arbete på A-kliniker. Hela min empiriska del av avhandlingen är i själva verket en beskrivning av hur socialarbetarnas arbete framträder. I det här kapitlet kommer jag att diskutera hur socialarbetarna definierar den egna expertisen.

### ***7.1 Socialarbetare eller socialterapeut?***

I slutet av 1970-talet ändrades socialarbetarnas yrkesbenämningar från socialarbetare till socialterapeuter, främst p.g.a. lönepolitiska orsaker. Med terapeutbenämningen ville man markera gränsen till det sociala arbetet som utfördes på socialbyråerna, samtidigt som det också såg ut att finnas ett behov av att påvisa att ett terapeutiskt socialt arbete är mer respekterat och värdesatt än övrigt socialt arbete. (Auvinen 1996, 168) På 2000-talet ser trenden ut att gå i motsatt håll. På flera A-kliniker har man redan ändrat socialterapeutbenämningarna till socialarbetare. Liksom på 1970-talet är orsaken professionell: i dagens missbrukarvård är benämningen ”terapeut” allt vanligare för sådana arbetstagare som har en egen, personlig erfarenhet av missbruk, men som nödvändigtvis inte har någon utbildning ifrån det sociala området. Genom att återinföra socialarbetarbenämningen förefaller man att inom missbrukarvården vilja markera, att det är frågan om ett professionellt arbete, som utförs av professionella arbetstagare.

Av de åtta informanter som deltog i min undersökning hade fyra benämningen socialterapeut och fyra benämningen socialarbetare. Alla fyra socialarbetares benämning hade ändrats från socialterapeut till socialarbetare i början av år 2006. De, vars yrkesbenämning fortsättningsvis var socialterapeut, såg sig mer som socialterapeuter än som social-

arbetare, även om en viss tveksamhet förekom angående benämningen terapeut. En av informanterna ansåg att terapeutbenämningen lättare inbjöd klienten till diskussion eftersom många förknippar begreppet ”socialarbetare” med de socialarbetare, som arbetar vid kommunens socialcentraler där man, enligt informanten, i första hand diskuterar ekonomiska angelägenheter.

(...) det arbete som en socialterapeut gör är enligt mig det rätta socialarbetet och det som jag vill göra. Det här sättet att arbeta, fastän där nu är ordet terapi, tar mera i beaktande människan som helhet om man jämför med det sociala arbetet som utförs på socialbyråer. På en socialbyrå blir betoningen ganska mycket på ekonomiska och sådana saker... Här kan man behandla och diskutera helheten av en människas liv på ett helt annat sätt än på något annat ställe inom den sociala sektorn jag jobbat på. (Emma)

De, vars benämning ändrats till socialarbetare, var utan undantag nöjda över att yrkesbenämningen ändrats. Enligt de flesta hade just ordet terapeut känts svårt och t.o.m. konstgjort. Ordet terapeut ser ut att starkt associera med att yrkesutövaren förutom socialarbetarutbildningen också har en terapiutbildning, som skulle legitimera användningen av benämningen terapeut. I praktiken är det ändå väldigt få av A-klinikernas socialarbetare som har någon form av terapiutbildning. Redan på 1980 talet diskuterade Granfelt (1984) i ett inlägg de egna tvivlen kring yrkesbenämningen socialterapeut. I likhet med informanterna i min undersökning löste hon dilemmat med att konstatera, att ”hon är en socialarbetare som jobbar på ett terapeutiskt sätt, men där de centrala arbetsmetoderna ändå är socialarbetets”. Det som ser ut att skilja tankegångarna på 1980-talet från tankegångarna på 2000-talet är, att man ännu på 1980-talet såg ut att lägga stor vikt vid att socialterapeuterna själva gick i egen terapi. (Granfelt 1984, 24)

(...) Jag hade jättesvårt med benämningen socialterapeut: ordet terapi lovade på något sätt för mycket åt klienten. Ordet terapeut, det lovar mycket, åtminstone i mitt tycke. Att man har någon form av terapiutbildning, men inte är det ju så. Inte ens de behöriga socialarbetarna har någon form av metodutbildning. Jag hade svårt att säga ordet högt, jag kunde inte på något sätt uppfatta mig själv som en terapeut. Socialarbetare kändes redan mycket naturligare. Ändringen av yrkesbenämningen har åtminstone för mig varit en positiv sak. (Camilla)

Har denna osäkerhet beträffande den egna yrkesbenämningen möjligtvis konsekvenser för hur andra yrkesgrupper uppfattar socialarbetarnas yrkeskunskap? I synnerhet som medlem i ett mångprofessionellt team, är den egna yrkesidentiteten av stor betydelse.

(jfr Laitila-Ukkola 2005, 99) Skulle det stärka den egna yrkesidentiteten om yrkesbämningen skulle vara enhetlig på alla A-kliniker?

Riitta Granfelt (1998) har forskat i bostadslöshet bland kvinnor. Dessa kvinnor definierade det sociala arbetet på A-kliniker som terapi och de socialarbetare som utförde arbetet som terapeuter. Enligt Granfelt (1998, 177) är det terapifokuserade socialarbetet en mycket viktig del av det sociala arbetet, även om positionen för det terapeutiskt inriktade socialarbetet enligt henne borde klargöras i relation till övrigt socialt arbete. För enkelhetens skull kommer jag i fortsättningen att använda mig av begreppen socialt arbete och socialarbetare, då jag talar om det sociala arbetet som utförs på A-kliniker.

## ***7.2 Den praktiska kunskapskärnan***

För att göra materialet mer åskådligt börjar jag med att beskriva det konkreta arbetet och de olika arbetsuppgifterna såsom de framstod i informanternas berättelser. Dessa beskrivningar eller tal om arbetet har jag kallat den praktiska kunskapskärnan i motsats till den teoretiska, som jag beskriver i kapitel 7.3. Beskrivningarna är mycket olika till sin karaktär. Delvis beror det på att jag i de fyra första intervjuerna inte så specifikt frågade om det praktiska arbetet utan frågorna handlade mer om kunskapskärnan i socialt arbete, som är mer teoretisk till sin konstruktion än den förra. En av orsakerna till att jag reviderade intervjuguiden efter dessa fyra intervjuer var just insikten om att jag föreföll att få väldigt få konkreta beskrivningar av själva arbetet.

Jag har delat in den praktiska kunskapskärnan i två kategorier: det uppgifts- och målinriktade sättet att tala om arbetet och arbetet som olika typer av interaktion och samtal. En tredje kategori kunde vara arbetet som interna relationer till kolleger och andra yrkesgrupper, men för att göra avhandlingen mer åskådlig har jag dock valt att behandla denna kategori separat i kapitel 8, som handlar om det multiprofessionella teamarbetet.



### 7.2.1 Det uppgifts- och målinriktade sättet att tala om arbetet

Till denna kategori har jag anförut beskrivningar av målsättningarna för arbetet, definitioner på målgruppen samt allmänna beskrivningar av arbetet.

Informanternas beskrivningar av målsättningarna för det egna arbetet var väldigt olika till sin karaktär: en del var personliga och handlade om att själv orka i arbetet, en del utgick ifrån klientens situation och hans målsättning, medan en del utgick från de övergripande målsättningarna för missbrukarvården, som finns skrivna i lagens § 1 och 3 (Lagen om missbrukarvård). En av informanterna uttryckte en önskan om att hon som socialarbetare skulle kunna hjälpa klienten på ett sådant sätt, att han i något skede skulle kunna lämna A-kliniken för att på egen hand leva vidare. Enligt henne utvecklas vårdförhållandena alltför ofta i den riktningen att det uppstår s.k. ”evighetsklienter”. I diskussionen kring målsättningar framkom också den diskrepans, som kan finnas mellan de egna och klientens målsättningar.

(...) Sen då klienten kommer, så har han förstås sina egna målsättningar och sina egna behov och dem går vi sen igenom här. Förstås väcks det många gånger hos mig tankar om vad som kunde vara bra för just den människan, men det bär inte särskilt långt i slutändan. Man måste alltid ta i beaktande just den klientens situation, hans behov, hans målsättningar och hans förmåga och sedan utgående ifrån dem börja jobba. Ibland finns det nog en konflikt mellan vad jag tänker och vad klienten själv tänker. Men klienten röstar ju med sina fötter (skratt) om jag överdrivet börjar köra igenom min egen agenda. Då sätter klienten för det mesta benen på ryggen och sticker iväg. (Helena)

På en A-klinik kan socialarbetaren ha klienter ”från vaggan till graven”, vilket gör arbetet både intressant och utmanande, men också krävande. A-kliniker betjänar förutom dem som själva har missbruksproblem även deras anhöriga och familjemedlemmar. Följande utdrag beskriver bra omfattningen av socialarbetarens arbetsfält:

Det är individ-, par-, familje- och släktgrejer och jättemycket närstående: makor och makor, gamla mammor, bekymrade vuxna barn. Via dem försöker vi sen få den med det egentliga problemet att komma. Vi har alla de här olika beroendena. Vi har personer med spel-, choklad-, drog-, medicin- och alkoholberoenden. (...) (Gun)

Samma informant fortsatte med att tala om de klienter som är självmordsbenägna, där socialarbetaren på A-kliniken kan vara den sista länken i kedjan, vilket i sin tur gör arbetet ytterst ansvarsfullt.

(...) bli inte rädd om telefonen ringer, för jag tar emot alla samtal som kommer av den orsaken att det finns en del självmordssamtal, där jag är den sista länken. Och om en mänska hotar med självmord och jag är den sista länken i kedjan så då är det min uppgift att stanna av all annan verksamhet och åka ut för att stöda den mänskan att ta emot vård. (Gun)

Informanternas klientmottagning bestod av individuella, par-, familje- eller gruppsamtal. Klienterna kom för det mesta till socialarbetarna på förhand avtalad tid. För varje klient reserverades 45 minuter tid och i medeltal träffade socialarbetaren 4 klienter/dag. De individuella variationerna mellan informanterna var stora: en socialarbetare hade helst endast 3 klienter per dag, medan en annan hade upp till 6-7 klienter/dag. Ofta var det frågan om mycket långvariga klientförhållanden som ibland t.o.m. sträckt sig över flera år, även om den uttalade målsättningen var att klienten inte skulle bli något slag av evighetsklient, utan att vården i första hand skulle vara en hjälp till självhjälp. På de flesta A-klinikerna deltog också socialarbetarna i dejoureringen. Till dejoureringen kom klienterna utan tidsbeställning för att få hjälp med att få sitt drickande avbrutet. Jämfört med den tidsbeställda klientmottagningen skedde dejoureringen ofta i ett högt tempo och med betydligt mindre tid per klient än normalt. Enligt informanterna var det normalt att upp till 10 klienter besökte dejoureringsmottagningen på en förmiddag.

Arbetets processkaraktär kommer upp i följande informants utdrag, där hon beskriver hur hon tillsammans med klienten planerar uppläggningsen av vården.

(...) nog planerar man utgående ifrån det första samtalet hur vården skall uppläggas: beroende förstås på situationen, men jag försöker komma överens med klienten om att man i början av vården skulle kunna träffas t.ex. en gång i veckan. Det är ändå inte så ofta det är möjligt då klienten kanske inte vill eller förmår träffas så ofta. Men om någon situation "riktigt är på" så försöker jag att man kunde träffas en gång i veckan. För det mesta är besöken varannan vecka, sen börjar man gallra dem en aning (...) Men ibland kan också en långvarig klients situation krisa till sig på så sätt att från att ha träffats en gång i veckan så blir man tvungen att sätta besöken oftare. Och då kan det vara svårt att få dem att rymmas. Att alltför fulla dagar kan man inte ha så att det inte skulle rymmas någon klient som har en kris där emellan. (Emma)

### 7.2.2 Arbetet som olika typer av interaktion och samtal

Eftersom den huvudsakliga arbetsuppgiften för en socialarbetare på en A-klinik är klientmottagning, var det arbetet i form av interaktion och samtal som framträdde tydligast i informanternas berättelser. Interaktionen sker i form av samtal, där den terapeutiska aspekten starkt är med. Denise beskriver i ett nötskal vad det är frågan om:

”jag är en socialarbetare med ett terapeutiskt sätt att arbeta”

Granfelt (1998, 177) definierar det terapeutiska kunnandet som en förmåga att förstå och sätta sig in i en annan människas erfarenheter på ett sådant sätt, att detta förmedlas till den som delat med sig av sina erfarenheter (klienten).

Vården, som på A-kliniker består av konfidentiella och förtroendefulla samtal mellan klient och socialarbetare, utgår ifrån den enskilda klientens behov och situation. De flesta informanterna talade om vikten av att skapa en sådan stämning, att klienten vågar komma även i fortsättningen. Saarnios (2001) undersökning bekräftar den ömsesidiga interaktionens betydelse i vårdförhållandet. Anmärkningsvärt är, att socialarbetarnas personliga egenskaper såsom empati och förmåga till samarbete och interaktion ser ut att vara av central betydelse då det gäller en minskad risk för återfall. (också Saarnio 2004, 295-296) Enligt Saarnio (2001, 231) bör socialarbetare på A-kliniker akta sig för påståenden i stil med att ”klienten inte var tillräckligt motiverad” då ett vårdförhållande avbryts, eftersom förändringsmotivationen framförallt föds och skapas i terapiförhållandet.

I informanternas berättelser beskrevs arbetet med klienterna som ett förändrings- och motivationsarbete, där stöddandet såg ut att ingå som ett centralt element. Genom att stöda klienten kan socialarbetaren få honom att bli intresserad av sitt eget liv och motiverad att vidta de åtgärder som krävs för att få förändringar till stånd. I början kan det handla om att fokusera på helt praktiska saker, som att se till att pengarna räcker till mat och att försöka lätta på den enorma bördan av skuld och skam, som de flesta klienter har då de uppsöker en A-klinik.

(...) jag strävar efter att det under det första besöket skulle uppstå en mycket förtroendefull relation, då gör jag ingen s.k. ”revolverintervju”, där jag skulle bombardera klienten med frågor, utan jag går ganska mjukt tillväga. Vi går litet igenom klientens närhistoria och dryckesproblemet och jag försöker skapa en sådan stämning att klienten vågar komma också i fortsättningen. Ett ganska sådant där mjukt sätt att behandla sakerna. Ju längre jag har känt klienten, desto mer vågar jag förlita mig på att jag också kan ställa litet krav, ifrågasätta... och vanligtvis blir det i det skedet också möjligt att behandla sakerna mera ingående. Men om man gör det genast under det första besöket så kan det hända att klienten inte kommer flera gånger. Jag har märkt att klienterna nog uppskattar och bra tar emot det att man talar rakt och öppet om saker, men inte under det första besöket. Därför måste man de första gångerna man träffar klienten sondera terrängen och känna sig för. Och hela tiden måste man hålla i minnet att man ju inte förverkligar sin egen mission, utan att det ändå är det som klienten upplever som viktigt, att det är de sakerna som behandlas. (Emma)

Tre av informanterna tog upp personkemin betydelse för kvaliteten på relationen mellan socialarbetare och klient. Om en förtroendefull relation inte ser ut att uppstå, har klienten rätt att byta socialarbetare. (jfr Aili 2002, 95)

(...) Och sen om jag inte är den rätta människan, så nog unnar jag att klienterna t.o.m. byter terapeut. Personkemin fungerar kanske bättre med någon annan, eller så kan det vara så att någon arbetsform, t.ex. AA-grupper, passar bättre. (Helena)

En av informanterna talade om att förtroendet går i två riktningar, det är frågan om ett ömsesidigt förtroende, där vardera parten respekterar den andre. Samma informant talade också om vikten att bemöta klienten som en medmänniska, som en jämlik, där terapin skall ha ett mänskligt ansikte. Särkelä (2001, 27) talar om ömsesidigheten som en kvalitetsmätare för förhållandet mellan klienten och socialarbetaren.

Det är viktigt att jag jobbar på det sättet att jag får klienternas förtroende (...) det är ju frågan om förtroende, om ömsesidigt förtroende: att om jag har gjort något som jag tror att är fel, så berättar jag, och de (*klienterna, mb-å*) har aldrig börjat skälla ut mig, om jag sagt någonting fel. (...) Men förtroende måste man ha. (...) (Fanny)

Till ett förtroendefullt vårdförhållande hör också ärlighet och uppriktighet, vilket kan betyda att socialarbetaren tar upp, ur klientens synvinkel sett, också otrevliga saker till behandling. Även om en av de viktigaste uppgifterna för det sociala arbetet enligt Granfelt (1998, 177) är att upprätthålla och skapa hopp, måste socialarbetarna också ha mod att stöda klienten till att ge upp orealistiska drömmar. På basis av informanternas berättelser handlade ”dessa otrevliga saker” för det mesta om att konfrontera klienten med huruvida det ens längre är realistiskt att drömma om att kunna dricka måttligt. Sipilä

(1996, 226) tar upp dilemmat med att samtidigt både stöda och kontrollera klienten. Enligt honom är kontroll och stöd de viktigaste beståndsdelarna i psykosocialt arbete. Då socialarbetaren ingriper i klientens drickande är det vanligt med motstånd, eftersom klienterna upplever att socialarbetaren gör intrång i deras autonomi. Granfelt (1998, 177) anser att det terapeutiska socialarbetet särskilt prövas i sådana situationer, där socialarbetaren blir tvungen att konfrontera klienten med sådana saker, som dessa inte vill höra om eller som de upplever som mycket svåra.

Jag är på det sättet ganska försiktig och jag undviker att terapeutisera eller leka doktor mer än vad klienterna skulle vara färdiga till. (...) men ibland har jag nog sagt ganska rakt ut då någon längtar efter att kunna dricka måttligt. Då har jag ganska kraftigt tagit ställning till det och fört fram min egen syn på huruvida det ens är realistiskt att drömma om ett måttligt bruk längre. (...) Det är ju för det mesta en ganska otrevlig upplysning och klienterna tar på ett varierande sätt emot en sådan information. Många tänker att om ”man nu ändå ännu skulle kunna använda alkohol”, fastän det redan finns massor med bevis på att man förlorat kontrollen över sitt liv p.g.a. drickandet. (Helena)

Också då socialarbetaren leder grupper, handlar det om att skapa en god och öppen stämning i gruppen, men samtidigt också om att styra diskussionen och se till att diskussionsämnen hålls på en saklig nivå och förs i en rehabiliterande anda. Att leda grupper upplevs ofta som tungt, eftersom socialarbetaren för det mesta är ensam och de som deltar i grupper ofta också har någon form av psykisk störning.

(...) Jag leder ensam grupperna, de är ganska tunga de där grupperna... I öppna grupper kan där vara vem som helst och hur många som helst. Vintertid är det i regel mer än 15 personer i grupperna, på somrarna mindre, men i medeltal nog mer än 10. Grupperna räcker en timme och jag strävar efter att skapa en god stämning i gruppen och jag försöker se till att diskussionsämnena hålls inom rehabiliteringen. Och sen så förundrar jag mig över och ifrågasätter (skratt) om det i diskussionen är något sådant som jag tycker att inte är i linje med vården. Ganska mycket är jag tvungen att begränsa, eftersom det bland våra klienter finns ganska många som har någon form av personlighetsstörning. Jättemånga lider av depression. Men dem behöver man sällan begränsa, men nog dem som är personlighetsstörda. Fastän vi inte jobbar diagnoscentrerat så syns det speciellt i grupperna, eftersom gruppdynamiken kan vara väldigt sjuk. (Anni)

Socialt arbete på A-kliniker handlar om kommunikation och interaktion, men också om en förståelse och en insikt om att klienterna på olika sätt och i varierande grad har kapacitet att förbinda sig till en vårdkontakt med socialarbetaren.

Karaktären på det här arbetet är sådant att vi träffar människor och vi diskuterar med dem. (...) Hörnstenen i det här arbetet är diskussionen. (...) och jag tror att vi här inser och förstår att människor på ett varierande sätt klarar av att förbinda sig till ett vårdförhållande: någon klarar på en viss nivå av det, någon på en mycket

ytlig och praktisk nivå, någon annan igen kan mycket bra prata om sina saker, om sina känslor och förmår förlita sig på och skapa ett vårdförhållande, att förbinda sig (...) Någon klients enda kontakt hit är den att han alltid ibland söker sig till avbrytningsvård, någon annan igen behöver ganska ofta avbrytningsvård. Någon klient behöver aldrig avbrytningsvård, någon annan igen kan ha varit nykter i 10 år men upplever sig ändå behöva en diskussionskontakt. Ibland tänker jag att psykoterapi skulle vara det enda rätta, men vi har inte möjlighet att ta emot någon för en sådan intensiv vård att man skulle kunna kalla det för psykoterapi. Men det är nog frågan om ett sådant terapeutiskt diskussionsförhållande. (Helena)

Basen för det sociala arbetet på A-kliniker finns enligt Toikko (2005) i det psykosociala synsättet, som är ett centralt begrepp i det individriktade arbetssättet, *social case work*. I case work är principer som frivillighet, individens självbestämmanderätt och konfidentialitet centrala. (Toikko 2005, 170-175) Dessa etiska principer överensstämmer med de centrala principer, som finns nedtecknade i 8 § i Lagen om missbrukarvård. I alla informanternas berättelser framkom dessa principer mycket tydligt, vilket enligt mig är anmärkningsvärt - i en positiv bemärkelse. Den vård och service som ges på A-kliniker är frivillig till sin karaktär och skall basera sig på klientens självbestämmanderätt. Vården skraddarsys och är varje gång individuellt anpassad till den enskilde individen och hans situation. Det finns inga färdiga schabloner och inte heller färdiga svar på klienternas problem, vilket gör arbetet samtidigt både utmanande och svårt. I praktiken betyder det att socialarbetaren alltid strävar efter att utgå ifrån klientens egna målsättningar, även om dessa skulle gå stick i stäv med de egna. Enligt Jaatinen (1996, 39) är den viktigaste ledstjärnan för allt A-klinikarbete insikten om att varje enskild klient själv definierar vilket det egna problemet är. Särkelä (2001, 87) i sin tur poängterar viktigen av att målsättningen för arbetet är sådan, att klienten upplever att det är värt att jobba för att uppnå den.

Det här arbetet är på samma gång både fascinerande och tungt, då det inte finns endast *ett* entydigt svar på människors problem och situationer. (...) I ingenjörsvetenskaper skulle det vara så klart... men i det här jobbet finns det inte en sådan klarhet. (...) Tillsammans med klienten granskar man de problem, som han själv tar upp. Inte är de ju nödvändigtvis alltid likstämmiga med dem som jag ser som klientens problem.(...) (Camilla)

(...) Det är så beroende på just den människan, på den klienten och på vilka saker som han där betonar: för en del är den egna hälsan det enda motivet och utgångspunkten för att starta en förändringsprocess, och då är det nog så att man i vården också bör betona hälsoaspekter. Först i ett senare skede kan också andra saker komma upp till behandling. Det är viktigt att man alltid tar fasta på vad just den människan upplever som viktigt för tillfället. (...) (Denise)

I lagen om missbrukarvård (§ 8) talar man om att den hjälp klienten får skall fungera som hjälp till självhjälp (empowerment). Ett av de viktigaste kriterierna för ett välfungerande hjälpförhållande är, att socialarbetaren ser klienten som ett subjekt och inte som ett objekt (Särkelä 2001, 27) I informanternas tal tog detta sig uttryck i termer som ansvarssättande och aktivering.

(...) Jag försöker ansvarssätta klienten så mycket som möjligt, men visst pratar vi med klienten också om problem som har t.ex. med boende att göra. Men jag har också erfarenhet av hur det går om man för mycket börjar göra för klienten: det lönar sig inte. Min uppfattning är att man kan ge information åt klienten, men inte mer. Och man skall förstås uppmuntra och stöda, men det är ändå klienten själv som skall göra beslut i olika ärenden. "Kannettu vesi ei kaivossa pysy" (Anni)

### **7.3 Den teoretiska kunskapskärnan**

Den teoretiska kunskapskärnan kan ses som en motsats till den praktiska, men också som en förutsättning för praxisen: utan en teoretisk kunskapskärna är det inte möjligt att verka som socialarbetare. I det följande kommer jag att belysa olika aspekter av den teoretiska kunskapskärnan, såsom den framträdde i mina informanternas berättelser.

#### **7.3.1 Arbetet som kunskapsutveckling**

Till de vanligaste formerna av kunskapsutveckling hör handledning och att man läser facklitteratur. Vad gäller informanternas kunskapsutveckling, talade de om att man måste hålla sig ajour med vad som händer i samhället och ute på fältet. Handledning fanns att tillgå även om en informant ansåg att hon inte behövt någon personlig handledning på flera år.

(...) Någon personlig handledning har jag inte behövt. Vi diskuterar alltid här tillsammans om vi har något problem, i mån av möjlighet diskuterar vi dagligen. Det är klart, det borde ju inte räcka till, men nu då jag är "senior" här och jag har blivit van vid att jag inte har så, nog har det gått på det här sättet också.(...) (Fanny)

Arbetet som kunskapsutveckling innefattar förutom handledning även andra aspekter. Jag har velat utveckla begreppet kunskapsutveckling till att gälla också den personliga utvecklingen, om hur man utvecklas som människa i sitt yrke. Det viktigaste verktyget för arbetet är den egna personligheten. Tidigare i avhandlingen (kapitel 3.2) har jag dis-

kuterat de olika kunskapsformerna som en socialarbetare innehar. Den personliga och erfarenhetsbaserade kunskapen är central för den egna professionella utvecklingen mot ett reflektivt socialt arbete. I informanternas berättelser såg den egna livserfarenheten, arbetserfarenheten och hur man själv hanterat och bemästrat kriser och svårigheter ut att vara avgörande för hur man utvecklats som människa och som socialarbetare. I synnerhet i de litet äldre informanternas berättelser syntes detta tydligt.

(...) Enligt mig är den egna livserfarenheten också jätteviktig. (...) själv har jag varit intresserad av så många olika saker och jag har också i mitt eget liv prövat på en mängd olika saker och vårdmetoder. Jag är själv mycket fördomsfri, men jag förstår också om någon inte ”nappar” på någon vårdform. (...) Också i mitt eget liv har det varit så att någon grej har fungerat en viss tid. Sen har jag gått vidare till följande. I olika skeden behövs olika metoder för att gå framåt och det som passar för den ena passar inte för den andra. Jag är uppriktigt tacksam över att själv ha haft ett sådant rikt liv och att jag haft möjlighet att pröva på allt möjligt! (Denise)

De vanligaste referensramarna för det sociala arbetet på A-kliniker finns uppräknade och beskrivna på A-klinikstiftelsens hemsida. Dessa är det lösnings- och resurscentrerade, det systemteoretiska, det kognitiva, det transaktionsanalytiska och det psykodynamiska synsättet samt NLP.

[www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/a\\_klinikatoiminta/lahestymistavat.html](http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/a_klinikatoiminta/lahestymistavat.html)

Bland informanterna var det endast en, som sade sig använda någon specifik metod (den lösningscentrerade) i arbetet med klienterna. Jag hade inga frågor i intervjuguiden beträffande användandet av metoder, vilket innebär att denna fråga inte blev systematiskt behandlad. I samband med frågor kring den egna kunskapskärnan framkom det också uttalanden om vilken referensramen för det egna arbetet är. Tre informanter sade uttryckligen att de inte använder sig av någon specifik metod, utan att den egna kunskapskärnan innefattar en förmåga att flexibelt kunna plocka ifrån den egna ”ryggsäcken” av utbildnings-, livs- och arbetserfarenhet på ett sådant sätt, att det gagnar klienten.

Liksom i så många andra jobb, så består den (*kunskapskärnan, mb-å*) av egna erfarenheter, av att lära sig, av att lära sig i arbetet. (...) Då jag inte har någon särskild metod som jag skulle använda, så består mitt kunnande av att jag plockar litet härifrån och därifrån och sedan försöker jag tillämpa det. Inte skulle nu klienterna gå med på att man skulle framskrida endast på basis av någon specifik metod. Själv är jag nog litet en anhängare av Antti Särkeläs läror – att arbetet baserar sig nog ändå väldigt mycket på kontakten och kemin mellan arbetstagaren och klienten. Inte för att jag på något sätt vill förringa betydelsen av utbildning, men



det får inte bli så att man via utbildningen börjar lyfta fram och förverkliga någon sådan idé som igen inte alls är klientens idé. (...) (Emma)

Trots den medicinska vetenskapens starka inflytande på missbrukarvården är det intressant att socialarbetarna på A-kliniker åtminstone inte tillsvidare har sett sig tvungna att söka legitimitet för sitt arbete via standardiserade metoder. I det föregående citatet framhävs däremot än en gång vikten av det förtroendefulla förhållandet mellan klienten och socialarbetaren, framom behärskande av strukturerade metoder.

Att upprätthålla sitt eget arbetsinstrument genom att på ett konstruktivt plan arbeta och bearbeta sina klienter kontinuerligt, är ett sätt att föra en dialog med sig själv. Genom kritisk reflektion utvecklar man å ena sidan sin egen, personliga stil att jobba samtidigt som man synliggör den tysta kunskapen. Enligt Kuusisto-Niemi & Kääriäinen (2005, 456-458) bör socialarbetaren dagligen dokumentera det som händer i arbetet med klienter, eftersom dokumentering är det viktigaste redskapet för att göra den tysta kunskapen synlig.

Jag har ett eget mönster (...) jag för hela tiden analys. Förutom klientjournalerna har jag ett eget pappersarkiv och jag tittar alltid, förrän följande (*klient, mb-å*) kommer. Jag skriver upp på sådana här papperslappar (visar) de viktigaste sakerna under diskussionen, det har jag alltid gjort (...) Att på det sättet bearbetar jag alla klienterna kontinuerligt. Vanligen gör jag det före jag far hem, då går jag igenom klienterna som kommer följande dag. Jag skriver upp ett nytt datum och sedan har jag lätt att fortsätta.(...) Jag jobbar nu helt på mitt eget sätt, det här är sådant som jag lärt mig för kanske 20 år sen eller så där. (...) jag försöker hela tiden jobba på ett konstruktivt plan: jag tänker inte att ”tusan, nu har jag ännu 8 timmar eller 10 timmar kvar, utan jag tänker 1 timme i sänder”. (Fanny)

Fyra av informanterna talade om vikten av att jobba på ett realistiskt plan, om att medvetandegöra för sig själv vad som är möjligt i arbetet och att därefter ställa upp realistiska målsättningar för det. Det är trots allt klienten som bär ansvar för sitt eget liv. Att jobba på ett realistiskt plan ser också ut att vara viktigt med tanke på hur man som socialarbetare orkar. I min intervjuguide hade jag inga frågor om att orka i arbetet, men fem av informanterna tog spontant upp frågan. I ljuset av informanternas utsagor ser det ut som om arbetet på A-kliniker skulle innefatta en hög faktor av kontroll, vilket bidrar till ökad trivsel och minskad stress. Ett klart avgränsat arbete, tillräckligt med tid för varje klient och möjlighet att påverka den egna arbetsdagens struktur, ser ut att öka känslan av kontroll och minska på stressen och därmed också minska risken för utmattning.

Även i Sotenna-projektet framkom det att arbetsmängden inom socialvårdens specialenheter (t.ex. A-kliniker) inte på långt när ser ut att vara lika stor som på t.ex. socialbyråer. Socialarbetarna i Sotenna-undersökningen talade om att det gäller ”att rädda sig” (fi.pelastautua) till dessa specialenheter om man vill undkomma den stora arbetsbelastningen och stressen, som ser ut att vara utmärkande för det sociala arbetet på basnivå. (Kemppainen 2006, 270) Detta går helt i linje med följande informanternas uttalanden, som vardera också hade erfarenhet av socialt arbete på socialbyråer.

(...) här kan man själv behärska arbetsmängden och det här är mycket klarare. Känslan av kontroll är mycket större än i kommunen. Känslan av stress är också mycket mindre, även om det är svåra saker som arbetet handlar om. (...) Arbetet känns inte tungt eftersom ramarna för det är så bra. (...) Sedan är det förstås också fast i en själv hur mycket olika arbetsmetoder man genast tar i bruk. (Denise)

(...) Man kan jättemycket själv avgöra hur man disponerar sin egen tid, hur man strukturerar arbetsdagen. Om jag börjar uppleva att det är alltför hektiskt på arbetet så löser jag situationen oftast på det sättet att jag förlänger mellanrummet mellan klienternas besök. (...) Jag kan konstruera mina dagar så, att jag klarar av dem. För det mesta upplever jag ingen känsla av stress och brådska här. Kanske det beror på vad man jämför med. Eftersom jag jobbat också på andra ställen, där det varit mycket mera skyndsamt, så tycker jag att här t.o.m. är ganska lugnt! Om man nu har 45 minuter tid per klient så nog är det ganska mycket. (...) Enligt mig föreligger ingen risk att jag i det här arbetet skulle bli utbränd. Förstås är det tråkigt om jag inte hinner vara på alla platser och med i alla situationer, men sådant är nu livet bara. (...) (Helena)

Socialarbetarna talade om sig själva som ”utvecklingspositiva” eller som ”utbildningsmänniskor”, där den personliga utvecklingen såg ut att gå hand i hand med den professionella. En av informanterna hade en kombinerad tjänst, där hälften bestod av klientmottagning, den andra hälften av utvecklingsarbete (praxisforskning), en annan igen såg sig som en ”utvecklingsmänniska” av naturen. Avsikten med praxisforskningen är att idéerna skulle komma från fältet och inte uppifrån. Fook (2005b, 8) talar om den kritiska reflektionen som en metod för att undersöka den egna praxisen och de egna erfarenheterna på ett sådant sätt, att man ser sig själv som producent av ny kunskap.

Jag är en sådan här ganska utvecklingspositiv mänska, vilket betyder att det parallellt hos mig löper ett intresse för utveckling och jag är ganska kritisk gentemot organisationen, men också gentemot mitt eget arbete. (...) Fokuset för utvecklingen rör det egna arbetet och den egna arbetsgemenskapen, att riktigt sådana där praktiska, vardagliga saker. Jag är av naturen en sådan här utvecklare: den här uppgiften har inte getts åt mig utan utvecklandet löper naturligt vid sidan av arbetet. Jag tror inte att jag skulle orka om arbetet endast skulle innebära utförandet av den s.k. basuppgiften (fi. perustehtävä) Att inta en sådan här forskande och

granskande attityd till det egna arbetet och arbetsgemenskapen ger mig mycket.  
(Camilla)

Ett sätt att upprätthålla den egna kunskapen är att utbilda och handleda andra, vilket möjliggörs genom att studeranden från den sociala branschen gör sin praktik på A-kliniken. Genom att kontinuerligt reflektera över och bearbeta sitt sätt att arbeta håller man sig ajour med å ena sidan fältet, och å andra sidan utvecklas man i sin profession.

(...) Enligt mig ger det att du utbildar och informerar andra mycket, eftersom det både piggar upp livet och samtidigt håller det dig ajour med situationen: det finns ingen risk att du skulle slumra till! I synnerhet då de här studerandena kommer, två gånger per år, så då ligger du illa till! (...) Då du borde verka fiffigare än vad du är då dessa unga, intelligenta människor ställer utmanande frågor (...) Enligt mig ger dessa studeranden väldigt mycket till det egna arbetet i och med att du hela tiden är tvungen att fundera på ”varför gör jag just så här” (...) Det är ett slags utbildning också för dig själv, hela tiden. (Gun)

### 7.3.2 Följderna av en diffus teoretisk, kunskapskärna

De flesta informanterna hade stora svårigheter med att definiera den teoretiska kunskapskärnan för det sociala arbetet. I ljuset av informanternas berättelser tedde sig den teoretiska kunskapskärnan mycket diffus. Den diffusa kunskapskärnan ser ut att ha konsekvenser för socialarbetarnas uppfattning om det egna kärnkunnandet och för yrkesidentiteten. Med kärnkunnande avser jag en sådan kunskap eller sådana färdigheter, som kan anses vara utmärkande för en socialarbetare på en A-klinik.

Risken är den att vi är så flummiga att vi inte vet vad vi ska göra. Vår profession är så svår att definiera, det är så svårt att säga precis vad den är och vad en socialarbetare gör... att samtidigt är det här det stora problemet också. Att man inte riktigt kan säga (...) Det är inte så lätt att säga att det här är det som jag gör som socialarbetare, det här är det som jag skall göra. Det är svårare att dela in arbetet som en process, att de här är de delarna som ska höra till.(...) (Bodil)

Utgående ifrån informanternas berättelser såg det också ut som om det skulle finnas ett gap mellan den teoretiska kunskapen och den praktiska verkligheten. Helena, som studerat på 1980-talet, beskrev förhållandet mellan teorin och den praktiska verkligheten som en enorm konflikt. Lärarnas orealistiska målsättningar beträffande socialarbetarnas möjligheter att förändra samhället hade inget gemensamt med den verklighet, till vilken de blivande socialarbetarna sedan skickades ut.

(...) Den där utbildningen känns just nu inte särskilt bra. (...) I utbildningen gavs få om ens några alls verktyg för det praktiska socialarbetet: jag minns hur vi då,

efter att ha haft föreläsningar, sedan skulle ut på arbetspraktik. Där på socialbyrån såg det viktigaste ut att vara att man kunde göra en bra kalkyl och att man var en bra bokförare och kanslist. Och jag var uppriktigt förvånad över vad detta hade för samband (skratt) med de saker som behandlats i utbildningen! Att där hade man garanterat inte berättat vad arbetet skulle gå ut på och inte det att utbildningen och arbetet inte såg ut att ha något med varandra att göra. (...) gapet var fruktansvärt stort. På socialbyrån granskade man vad och varifrån klienten får pengar, hur kalkylen uppgörs och hur mycket pengar som skall utbetalas och hur du snabbt skall få ut klienten från ditt rum. Och i studierna igen, där var det en fruktansvärt högtflygande samhällskritik som gällde – alltså de här sakerna hade ingenting gemensamt med varandra. Att det var en enorm... ja egentligen en besvikelse då jag märkte det. Nog borde man på något sätt bättre och stramare ha kunnat sammanfoga dem med varandra. Så här i efterhand är jag nog mycket missnöjd över den beredskap som gavs. (Helena)

Även om det utgående ifrån informanternas berättelser ser ut att råda konsensus rörande den praktiska kunskapskärnan, m.a.o. man vet vad man skall göra med klienterna som socialarbetare på en A-klinik, så ser det ut som om de flesta på ett teoretiskt plan har överraskande svårt att greppa det sociala arbetet. Att identifiera och sätta fingret på vad socialarbetarens kärnkunnande på en A-klinik är, är svårt och att hamna i situationer där man måste berätta för någon annan vad man som socialarbetare gör, kan se ut så här:

Hur skulle jag nu definiera det... då vi inte ens själva vet vad vi gör: det finns ingen broschyr som skulle berätta vad en socialterapeut gör, varför det här arbetet är viktigt. En gång frågade också vår överläkare ”att vad gör en socialterapeut”, och det var jättesvårt att hitta något svar på det... (Emma)

*Nå, vad svarade ni då?* (Monica)

Något svävande (skratt) liksom alltid (...) jag hoppas att någon skulle kunna definiera, att det inte bara skulle strös med vinden, betydelsen av vårt jobb. (Emma)

Det här är ett exempel på hur en sådan dialog kan se ut i det verkliga livet, där socialarbetaren inte har klart för sig hur man skall berätta för andra om sitt yrke. Erik Blennberger (24.11.2006) talar om vikten av att som socialarbetare ta ställning till och fundera på hur man vill definiera den etiska identiteten för andra. Som socialarbetare i ett mångprofessionellt team är det synnerligen viktigt att också fundera på och ta ställning till den egna, professionella identiteten. Hurudan är jag som socialarbetare, hur vill jag jobba, vilka är mina målsättningar, vad är viktigt för mig?

Svårigheten med den teoretiska kunskapskärnan kan också ha konsekvenser för utvecklandet av den egna yrkesidentiteten. En av informanterna var särskilt missnöjd över det

sociala arbetets brist på vetenskaplighet. Samma informant fortsätter med att litet frustrerat fundera, huruvida osäkerheten beträffande den egna yrkesidentiteten har att göra med hennes unga ålder och därmed också ringa arbetserfarenhet, eller om osäkerheten ändå har att göra med svårigheten att definiera den teoretiska referensramen för det sociala arbetet. En annan informant igen var av rakt motsatt åsikt: enligt henne är just förmågan att kunna tillämpa andra vetenskapsområdets kunskaper och teorier styrkan hos det sociala arbetet.

Svagheten är (...) en svårighet med att identifiera kärnkunnandet och därmed också en svårighet med att utveckla den egna yrkesidentiteten. Det är litet som om allt skulle vara på lösa boliner (fi. tyhjän päällä), m.a.o. allt ifrån avsaknaden av en teori och också svårigheten med rotandet av det sociala arbetet som ett eget vetenskapsområde. Utan alla dessa närliggande vetenskapsområden så skulle det här vara ett riktigt kvacksalveri! (skratt) Om jag får säga som saken är. Det skulle vara en sådan där ” hej, hej, vad hörs – lekmansterapi”. Enligt mig är de närliggande vetenskaperna jätteviktiga. Själv har jag studerat kvinnoforskning, psykologi och sociologi, och genom att tillämpa dessa har jag försökt klara mig. De har nog fungerat som ett stöd här i det praktiska arbetet. (Anni)

(...) kanske ett slags multivetenskaplighet är det bästa med studierna i socialt arbete. Det är också med detta vi borde marknadsföra oss: vi ser inte på fenomen t.ex. enbart från ett medicinskt perspektiv. Enligt mig är det sociala arbetet praktiskt till sin natur, vilket innebär att ingen socialarbetare kan vara extremt teoretisk: förr eller senare är du som socialarbetare mitt i dina klienters liv. Närheten till livet och multivetenskapligheten är nog styrkan i det sociala arbetet. (Helena)

Problemet med socialarbetarnas överraskande svaga yrkesidentitet har framkommit också i en utvärderingsundersökning gjord av Murto m.fl. (2004, 63) och i Sotenna-projektet (2006). För att stärka den egna yrkesidentiteten bör de professionella inom den sociala sektorn i fortsättningen enligt Kemppainen (2006, 267) bättre kunna argumentera för verkningsfullheten och betydelsen av den egna expertisen.

## **8 A-kliniken som arena för det multiprofessionella teamet**

I detta kapitel kommer jag att diskutera socialarbetarens position i det multiprofessionella teamet. Hur skall socialarbetaren profilera sig i ett multiprofessionellt team? Hur ser den egna kunskapskärnan ut i relation till närliggande yrkeskårers expertis?

A-kliniker fungerar som arenor för olika yrkesgrupper. Redan då de första A-klinikerna grundades i början av 1950-talet var det mångprofessionella teamarbetet en av de bärande principerna i A-klinikarbetet. Teamet bestod av tre yrkesgrupper: socialarbetare, sjukskötare och läkare. Socialarbetarnas position var central i arbetsgruppen: förutom att socialarbetaren aktivt deltog i själva vårdarbetet fungerade han också som förman för hela arbetsgruppen. (Auvinen 1996, 165-166; Ahonen 2005, 52; Mäkelä 2003, 4)

I den föreliggande undersökningen bestod teamet för det mesta av socialarbetare, sjukskötare, läkare och kanslist. På vissa A-kliniker förekom även yrkesgrupper såsom vaktmästare och handledare/psykoterapeut. Alla sex A-kliniker var socialarbetarledda.

Hos oss har vi inte socialterapeuter eller sjukskötare, chefer eller kanslist – vi har arbetsgruppsmedlemmar! Vi har ingen hackordning utan alla är jämbördiga, vilket enligt mig är jättebra (...) (Gun)

De interna relationerna till kollegor och andra yrkesgrupper framstod i berättelserna som olika former av samarbete. Samarbetet var något som lyftes upp som en central sak i alla berättelser. Samarbetet beskrevs dels som ett samarbete mellan kolleger i det egna multiprofessionella teamet, och dels som ett samarbete med aktörer utanför den egna arbetsgruppen. För en socialarbetare på en A-klinik är vardera formen av samarbete mycket centrala i det dagliga arbetet.

### **8.1 Socialarbetaren som medlem i det multiprofessionella teamet**

Lagen om missbrukarvård stipulerar om samarbete. I lagens 9 § står det att myndigheter och samfund inom missbrukarvården skall samarbeta med varandra. Samarbetet förut-

sätts vara gräns- och sektoröverskridande. En form av samarbete är nätverksarbete. Ett samarbetsnätverk består av personer, som samtidigt producerar tjänster åt klienten. För de mesta hör dessa personer inte till samma organisation. (Isoherranen 2005, 73-74) Denna typ av arbete kom upp i alla informanternas berättelse. En annan form av teamarbete är de s.k. vårdförhandlingarna (fi. hoitoneuvottelu), där också den berörda klienten är närvarande. En av informanterna definierar nätverksarbete på följande sätt:

(...) nätverksarbete är det, att man i rätt ögonblick begriper att sammankalla mera folk för att fundera på när det finns behov av nätverksarbete. (...) (Denise)

Bland informanterna fanns också dem som inte såg sig som särskilt nätverksorienterade, även om dessa var i minoritet och endast en av informanterna öppet vågade erkänna detta. Hon ansåg det delvis vara frågan om en personlig egenskap: en del är mer nätverksorienterade, medan andra igen vill jobba mer på individnivå. Samma informant ansåg dock att nätverksarbete utan vidare kunde vara socialarbetarens starka område.

Nog beror det också på hurudan mänska man är, på vilket sätt man jobbar. (...) Själv är jag inte särskilt nätverksorienterad... det är kanske inte mitt bästa område. Men det kunde utan vidare vara ett delområde i arbetet, och det är det också. Och någon gillar mer det sättet att jobba på än vad kanske någon annan gör. (Anni)

Multi- eller mångprofessionellt teamarbete kan förenklat definieras som ett arbete, där experter ifrån olika yrkesområden samarbetar. Avsikten med det multiprofessionella samarbetet är, att teamets medlemmar utvecklar en förmåga att se på fenomen ifrån olika synvinklar. (Tanninen m.fl. 2005, 128; Metteri 1996, 10) Samarbetstillfällena är ofta situationer, där teammedlemmarna utgående ifrån mycket olika synvinklar förväntas kunna bygga upp en gemensam helhetssyn och en gemensam målsättning. Detta sätt att tillsammans processa kunskap kallas också för *delad social kognition* och är ett av de mest centrala begreppen i modernt, multiprofessionellt samarbete. (Isoherranen 2005, 23) Sandberg (2005, 24) talar i sin tur om den gemensamma kompetensen, som består av den sociala förmågan att både kunna ta och ge i en öppen kommunikation samt av teammedlemmarnas förmåga att stödja också sådana processer, där andra i teamet utvecklar sin egen kompetens. I annat fall föreligger det enligt Sandberg en risk att avundens kolleger emellan förhindrar ett gott samarbete. I följande informants uttalande syns en försiktig förhoppning om att en delad, gemensam kunskapssyn och kompetens skulle uppnås i teamet:

Kriterierna för ett bra teamarbete är insikten om att alla har en gemensam kunskap, men också en specialkunskap och specialfärdigheter. Målsättningen är, att man skulle dela med sig av den här specialkunskapen till andra i teamet så att den skulle berika och vara till nytta för det egna arbetet. Att beakta och nyttja de olika infalls- och synvinklarna som olika utbildningar, livserfarenheter m.m. ger möjlighet till, är också viktigt. Någon annan kan ha en helt annan syn på saken än du själv. Det, att tillsammans begrunda, är viktigt. Fastän man inom social- och hälsovården av gammal hävd åtminstone i viss mån har olika utgångslägen p.g.a. annorlunda teorier, skulle det vara viktigt att man ändå skulle kunna förstå varandra. Det optimala skulle vara om man sedan ännu skulle hitta en gemensam ledstjärna! (skratt) (Denise)

Att jobba i team är krävande: eftersom arbetsgruppen för det mesta är liten på A-kliniker kan det t.o.m. hända att socialarbetaren är den enda representanten för den egna yrkeskåren. Att få sin röst hörd kan vara svårt, även om ingen av informanterna explicit nämnde detta. Sandberg (2005, 23) talar om vikten av att de olika medlemmarna i teamet både har en egen kompetens, som är olik de andras, men också har en gemensam kompetens. Den personliga kompetensen består bl.a. av den expertis, som är knuten till egna professionen. Enligt Sandberg är det viktigt att individen är klar över sin egen yrkesroll i ett multiprofessionellt team. Problemet med arbetet på A-kliniker är dock enligt Auvinen (1996, 169) det, att det vid en första anblick ter sig väldigt likartat, oberoende av till vilken yrkeskår du hör. Detta gör att det kan bli svårt att utkristallisera vad som är specifikt för just det sociala arbetet. Enligt Laitila-Ukkola (2005, 99) är det speciellt viktigt då man jobbar i ett multiprofessionellt team att man har en klar uppfattning om vad det egna arbetet består av och att man också själv värdesätter den egna expertisen. För att kunna ta ställning till den egna yrkesidentiteten och till det egna kunnandet måste denna först klargöras och synliggöras, innan den kan uttryckas. Med stöd i mina informanters uttalanden ställer jag mig tveksam till huruvida socialarbetarna på A-kliniker har en klar yrkesidentitet.

(...) Enligt mig så finns det ingen stark yrkesidentitet i det sociala arbetet inom missbrukarvården. Om yrkesidentiteten skulle vara stark så skulle det vara lätt att sätta ord på vilken basuppgiften för det sociala arbetet är. Men här, då ena foten är i psykiatrin och den andra är på socialbyrån... det egna sättet att jobba på är säkert någonstans där mitt emellan. Så uppfattar jag saken. Att ett starkt kärnkunnande finns liksom inte. (Anni)

Ur klientens synvinkel är målsättningen för det multiprofessionella samarbetet alltid en förhoppning om att en gemensam uppfattning skulle uppnås i teamet angående åtgärderna för lösandet av hans problem. (jfr Isoherranen 2005, 23)



(...) ett team är något mycket mera än att bara vara en socialarbetare vid ett socialkansli. Å ena sidan är det mycket mera krävande, för du hamnar hela tiden att göra med människor som inte är i samma profession. Men å andra sidan får man fram så mycket mera olika infallsvinklar till en mänsklig situation än om man bara skulle titta ur socialarbetarens synpunkt på hela situationen (...) (Bodil)

Bland informanterna fanns också de som ansåg att det multiprofessionella samarbetet inte skedde på ett optimalt sätt. I synnerhet en av informanterna var öppet kritisk. Hon ansåg att det i teamet inte såg ut att finnas ett intresse och en vilja att tillsammans dela med sig av sin kunskap på ett sådant sätt, att en gemensam kunskap skulle kunna uppstå.

(...) alltså om klienterna skulle vara A-klinikens klienter, vilket betyder att de individuella klienterna inte bara skulle vara den enskilda arbetstagarens utan de skulle vara allas och hela arbetsgruppen skulle sätta sig in i deras ärende. Samtidigt skulle teammedlemmarna föra fram den egna expertisen och den egna synvinkeln. (...) Enligt mig så är det litet så här, att det är "mina klienter" och man är nödvändigtvis inte alls intresserad av att höra någon annan synvinkel på saken, som t.ex. socialarbetets synvinkel eller en medicinsk synvinkel eller riktigt vad som helst. Man håller alltför hårt fast vid den egna synpunkten. (...) Alla yrkesgrupper behövs. Också klienten skulle dra nytta av det. (Camilla)

En av orsakerna till att teamet inte fungerar på ett optimalt sätt med tanke på teamets möjlighet att tillsammans processa kunskap kan de enskilda yrkesutövarnas höga grad av självständighet vara. Risken ligger däri, att den egna substanskunskan och den egna expertisen utvecklas och förstärks, men att den delade kunskapen i teamet förblir utvecklad.

(...) kännetecknande för den här arbetsgemenskapen är, att alla jobbar rätt så självständigt, vilket är både bra och dåligt. En av arbetstagarna använde en gång ett sådant uttryck som "att det ser ut som om ni skulle vara privatföretagare verk samma vid samma korridor" (...) (Helena)

Vid sidan av olika strukturella egenskaper i teamet ligger grunden för ett bra och väl fungerande team i de inbördes relationerna i arbetsgruppen. Enligt Sandberg (2006, 43) är goda kommunikationsfärdigheter samt avspända och konstruktiva relationer mellan teammedlemmarna utmärkande för det optimala teamet. Atmosfären i det ideala, mångprofessionella teamet är stödjande och uppmuntrande, vilket innebär att alla teammedlemmar är jämbördiga och att olika åsikter ärligt, tryggt och öppet kan yttras. (Isoherranen 2005, 45; Sandberg 2006, 43)

Det är förstås det att man uppskattar sina kolleger och det att man ger utrymme för andras åsikter också: att man lyssnar, såsom man lyssnar på sina klienter, på vad de har för åsikter och önskemål. Man lär sig också att höra och lyssna på vad

kollegerna berättar och att man inte avskärmar sig från någon och någonting, att man försöker vara med i processen. Det är ett processarbete. (...) man ska inte heller vara rädd att ta upp någonting, fastän man har en annan åsikt. I ett teamarbete måste alla ha lov att säga sin egen åsikt också. (...) Samarbetet med arbetskamraterna är mycket viktigt. När man känner att vi blåser åt samma håll, det är viktigt. (...) (Fanny)

Några av informanterna hade dock personlig erfarenhet av ett samarbete, som inte fungerat alls. Detta kom spontant upp under ett par av intervjuerna. Jag gjorde inga följdfrågor eftersom jag inte i det skedet förstod att också sådana schismer, där orsaken mera låg på det personliga planet än på det rent yrkesmässiga, kunde ha varit nyttiga och intressanta med tanke på min avhandling. I min intervjuguide hade jag däremot frågor om motsättningar och konflikter mellan den sociala och den medicinska expertisen. Dessa frågeställningar behandlas i kapitel 8.4. Spänningar inom den egna expertisen behandlas i kapitel 8.5. Olika undersökningar har dock påvisat, att arbetsklimatet är en av de grundläggande förutsättningarna för ett effektivt arbete: som hindrande då det är dåligt och som underlättande då det är bra (Sandberg 2006, 42). Ett team med en defensiv atmosfär präglas av kontroll, manipulation och negativ personkritik (Isoherranen 2005, 45).

(...) Vi hade ett stort problem här, men till all lycka så har vi inte det mera. Vi hade en medarbetare här som hade en alldeles annorlunda idé om hur det här ska köras igenom och det körde fast hela systemet här, vi hade mycket problem. Underligt nog så har alla ändå orkat jobba här, ingen har tagit sjukledighet, vi har varit solidariska, vi andra, ganska långt också. (...) Men det hör nu till historien, och nu så diskuterar vi igen varje dag. (...) Man hamnar ju att bära på sina egna skuld känslor, för man börjar fundera "vad gjorde jag fel, vad kunde jag ha gjort på ett annat sätt". (...) situationen fortsatte olovligt länge, i nästan 1 år. Men nu känns det igen trevligt att jobba här, men då så stängde jag bort situationen och tänkte att jag sköter mina klienter så bra jag kan, men det där samarbetet, det funkade ju inte alls. (Fanny)

Liksom i mänskliga relationer överlag finns det även en personlig dimension då socialarbetarna talar om sina arbetskamrater. Den s.k. "personkemin" ser ut att styra graden av närhet och utformningen av de interna relationerna.

(...) Det är för det mesta också en sådan där personlighetsfråga: det finns inga hinder för att verka som man vill, men jag tror att vår sjukskötare vill jobba för sig själv, ensam. Och sedan igen med vår specialsjukskötare så diskuterar vi jättemycket: om varandras klienter, om olika case. Vi kanske söker oss till varandras sällskap, till diskussioner med varandra. (...) Utan egentliga forum. Vi kan sitta där vid matbordet då det är paus emellan klienterna, då det kommer annulleringar, vid problematiska case. (...) Enligt mig finns det inga hinder för att ha

samarbete med varandra. Det att vi är en så liten arbetsgrupp gör att vi inte behöver skapa särskilda strukturer för samarbetet. (...) (Helena)

### **Formellt och informellt samarbete**

Samarbetet med kollegerna på den egna arbetsplatsen skedde både informellt utan särskilda forum, men också organiserat och regelbundet i form av varje vecka återkommande arbetsplatsmöten. De informella diskussionerna ägde ofta rum under kaffe- och lunchpauser eller under andra tillfällen då det fanns möjlighet att ta en paus. Dessa handlade ofta om enskilda klienter och problematiska case och såg ut att uppfylla en handledningsfunktion. I särskilt svåra klientfall, som då den egna klienten begått självmord, kunde arbetsgruppens stöd fungera som ett slags debriefing för socialarbetaren förutsatt att stämningen i arbetsgruppen var bra. Att tillsammans i teamet också dela med sig av s.k. misslyckanden hjälper den enskilde team-medlemmen att se på saken ur ett nytt perspektiv och därmed också gå vidare. Enligt Laitila-Ukkola (2005, 100) är det dock viktigt att komma ihåg att även om arbetsgruppen ger möjlighet till en djupare reflektion, ersätter detta inte behovet av arbetshandledning.

I vilket fall som helst var klientens självmord ett hårt slag. Att visst måste allt sådant behandlas. Men som tur är så har vi för det mesta haft en sådan arbetsgrupp, att man där kunnat ta upp och gå igenom sådana här svåra saker. (Gun)

De officiella mötena hade sina särskilda dagar och klockslag. På vissa A-kliniker fanns det dagligen återkommande s.k. snabbteam medan det vanligaste var att man hade 1-2 tider per vecka avsatta för att gå igenom både administrativa saker och klientärenden. Den primära avsikten med team-möten var att hålla arbetsgruppen informerad dels om klienternas situation, dels om andra gemensamma saker. Genom att regelbundet sammankomma och diskutera gemensamma klienter och andra angelägenheter lär man sig också om hur arbetskamraterna jobbar.

## **8.2 Hur profilera sig som socialarbetare i ett multiprofessionellt team?**

Socialarbetarens position har alltid varit stark i det mångprofessionella teamet. På 1970-talet var den inbördes hierarkin mellan sjukskötare och socialarbetare mycket klar på A-klinikerna. Socialarbetarens auktoritet vid definiering av klienternas problem var tydlig,

av sekundär betydelse var de faktorer som hade att göra med hälsoaspekter. (Auvinen 1996, 168) I informanternas berättelser såg rollerna mellan socialarbetaren och sjuksköterskan ut att ha varit ganska klara ännu i början av 1990-talet: sjuksköternas huvuduppgift var att sköta hela jourssystemet, medan socialarbetarnas huvudsakliga uppgift var det s.k. terapiarbetet och att leda grupper. Nuförtiden ser det ut som om de olika yrkesgrupperna utför allt mer likartat arbete.

(...) Mera ville man då på 1980-talet satsa på och betona terapin, men framförallt var det betydelsen av det sociala arbetet som då framhövdes och mycket starkt värdesattes. Det har nu skett en förändring jämfört med då. (...) vi är ju alltid fångar av vår egen historia och vår egen tid. (Emma)

På den här A-kliniken är det så att de här arbetsbeskrivningarna ganska långt går in i varandra, m.a.o. vi gör så vitt jag vet ganska mycket likartat arbetet även om vi har olika yrkesbenämningar. (...) (Helena)

Det att arbetet förändrats och att yrkesrollerna mellan socialarbetare och sjukskötare förändrats, kan ses som en naturlig följd av samhällsutvecklingen och av de förändringar och utmaningar som i synnerhet missbrukarvården har stått inför de senaste åren. I alla informanternas berättelser framkom uttalanden som stödde det faktum, att människors problem ser ut att vara betydligt mer mångfacetterade än förut. I synnerhet verkar klienterna inom missbrukarvården att ha många andra problem än enbart missbruket. Denna multiproblematik hos klienterna ställer också krav på de professionellas yrkeskunskap. Idag är medicinens inflytande i behandlingen av missbruksproblem central. På 1990-talet utvecklades också de medicinska vårdformerna i takt med att drogmissbruket blev allt vanligare. (jfr Kaukonen 2002; Hakkarainen & Tigerstedt 2005) Det sociala arbetet på A-kliniker ser idag ut att befinna sig i ett korstryck mellan det postmoderna samhällets krav på förändringar och omkonstrueringar av socialt arbete och den medicinska vetenskapens krav på evidensbaserade vårdmetoder i behandlingen av missbrukare. Alla informanter hade inte egen erfarenhet av "hur det var förr" utan hade pratat med äldre kolleger om hur arbetet förändrats.

(...) det här är inte mera det samma som det varit någon gång på 70-talet. Jag har pratat med sådana äldre socialarbetare, som länge varit inom den här branschen, och de pratar om den här förändringen och om hur annorlunda det var förr. Att kanske man inte riktigt längre idag med samma metoder klarar av dagens multiproblematiska klienter. Idag måste man ha kunskap. (...) (Camilla)

Sandberg (2006, 117) talar om de olika arbetsrollerna som finns i teamet. Individens inflytande i teamet beror på den formella positionen och på personliga egenskaper. De teammedlemmar som särskilt starkt betonar sin professionella kompetens, sin särskilda expertis eller sitt särskilda ansvar riskerar enligt Sandberg (2005, 118) att hamna utanför det egentliga teamarbetet. Läkarnas formella position som medicinskt ansvariga kan ställa dem utanför teamarbete med andra professioner. Att förena specialistuppgiften med teamspelarens är inte alltid lätt och kan skapa konflikter i teamet, då en enskild medlem börjar kräva ett betydande utrymme för det egna professionsutövandet. (Sandberg 2006, 24)

Att läkarens roll och position är central, framkom i flera berättelser. Antingen upplevdes läkaren som en jämbördig team-medlem eller som en auktoritär person i teamet. Värt att notera är, att de flesta verksamhetsenheter inom missbrukarvården fortsättningsvis är socialarbetarledda. Detta betyder att socialarbetaren också är chef för läkaren, vilket enligt Takala & Lehto (1988, 122) är anmärkningsvärt. En av informanterna beskriver hur hon som socialarbetare måste vara både innovativ och listig, för att få läkaren med på noterna i ett gemensamt klientfall. Det andra utdraget beskriver en, ur teamsynvinkel sett, optimal situation där läkaren uppfattas som en jämbördig teammedlem.

(...) Ganska bra har jag fått läkaren med på olika vård- och nätverksmöten. Men sedan finns det några, som är rädda om sin egen prestige och för att jag kommer och bökar på deras revir. Men med de flesta går det bra att förhandla, i synnerhet då man motiverar det med att säga ”att jag behöver nu denna vishet av dig” och ”jag har en sådan här misstanke och nu skulle vi måsta planera”. Att på det här sättet går det till! (...) Att det är läkaren som är den som vet och inte jag! (...)  
(Gun)

En bra sak här hos oss är den, att också läkaren är medlem i teamet och i arbetsgemenskapen och det att han inte står på någon piedestal. Att vi har på det sättet en trevlig läkare, som också går med på att vara ganska jämlik – alla går ju inte med på det! Vår lycka här är den, att läkaren inte kommer hit som någon stor helbrägdagörare som skulle berätta åt oss hur vi bör göra, utan vi får själva överväga och förhandla med läkaren beträffande vården av vår gemensamma klient, läkarens patient, vår klient. På många ställen är det ganska läkarcentrerat, läkaren ser ut att definiera vårdlinjerna, längden på vården, intensiteten på vården. Det här är nog saker som vår läkare inte på något sätt kan ta ställning till. Vi konsulterar vid behov läkaren (...) sist och slutligen är det ju ändå vi som känner vår klient mycket bättre, eftersom vi kanske har träffats en gång i veckan under många år medan läkaren igen träffar klienten kanske bara 2 gånger i året. Att vi kan nog riktigt bra säga vad vi tänker – och de gör vi också! (Helena)

Tre av informanterna uttryckte sin oro över att det t.o.m. är möjligt att A-klinikerna i framtiden skulle kunna klara sig utan socialarbetare. Eftersom socialt arbete inom missbrukarvården utförs på många andra ställen än A-kliniker, kan klienterna i princip uppsöka de socialarbetare som jobbar inom kommunens basservice istället för att komma till A-kliniken.

Det största hotet är nog det att vi snart kan ha A-kliniker som inte har socialarbetare alls, utan allt är sjukskötare- och läkarstyrt. (...) Och jag tror att det är just så som det har gått till: på många A-kliniker så finns det inte mera socialarbetare, för de har gett upp. Och sen har de anställt sjukskötare i stället för de här socialarbetarna. Så klart har det varit en strategi också, men inte tror jag att det bara varit en strategi. (...) Vi försvinner som yrkeskår och sen kan man läsa om oss i någon historik om rusvården ”att åhå, år 2010 var det den sista socialarbetaren på den och den A-kliniken. Och sedan försvann vi!” (...) Hoppas att det nu ändå inte går så dåligt! (Bodil)

I det fall att det även i framtiden finns socialarbetare inom missbrukarvården ser det ut som om det sociala arbetet skulle hålla på och förändras till ett sådant där funktionellt socialt arbete, där man skriver alla världens remisser och annat motsvarande, som kräver att man sitter vid en maskin, istället för att tillsammans med klienten... Om arbetet förändras på det sättet att det allt mer börjar likna det sociala arbete som utförs på socialbyråer, så kommer det småningom att försvinna helt och hållet. Det kan hända att det här arbetet fördelas på så sätt, att medicineringen är på A-kliniken, men att sedan de övriga ärenden sköts på socialbyrån. Det här är nu bara en sådan här hotbild, som inte tagits upp vare sig på någon utbildning eller i någon annan situation. På något sätt har det bara allt mer börjat kännas som om det här arbetet inte längre skulle ha någon betydelse. (...) Snart är vi de sista mohikanerna, vi socialterapeuter. (...) (Emma)

### **8.2.1 Socialarbetarens kärnkunskap i det multiprofessionella teamet**

Jag har tidigare i avhandlingen behandlat socialarbetarens expertis och kärnkunnande närmast som en individuell egenskap eller personlig kunskap, i termer av en praktisk och en teoretisk kunskapskärna. (se kapitel 7.2 och 7.3) Avsikten med det här kapitlet är att belysa och beskriva hur den egna kunskapskärnan uppfattas i relation till andra yrkesgruppers expertis. På vilket sätt utkristalliseras socialarbetarens kunskapskärna i det multiprofessionella teamet? Kommer det egna kunnandet eventuellt klarare fram, då man kontrasterar det mot en annan yrkesgrupps kunnande?

Enligt Laitila-Ukkola (2005, 97) består socialarbetarens kärnkunskap i det mångprofessionella teamet av en förmåga och kunskap att analysera helheter. Denna förmåga att behärska omfattande helheter i kombination med en förståelse för hur olika fenomen

verkar på de olika nivåerna i samhället (mikro, meso, makro), var något som också framkom i Sotenna-projektet. (Kempainen 2006, 258, 261) I mina informanternas berättelser framstod det samhällliga perspektivet och den breda, tvärvetenskapliga utbildningen som centrala element, då socialarbetarna beskrev det egna kärnkunnandet. Styrkan i socialarbetarens kunnande ser ut att vara en kompetens att granska olika fenomen ur ett samhällligt och ett socialpolitiskt perspektiv i kombination med en holistisk människosyn. En av informanterna ansåg sig själv vara mer samhällsvetare än socialarbetare, vilket är beskrivande för hur det breda, samhällspolitiska kunnandet styr utformningen av det sociala arbetet. Karvinen (1996, 35) talar om ”den sociala synen”, då hon hänvisar till socialarbetarnas kompetens att granska förhållandena mellan individen och samhället och mellan det privata och det offentliga.

Styrkan har att göra med helhetssynen på människan och hela samhället; hela den samhällliga synen. Att fundera på saker ur en socialpolitisk synvinkel är en styrka. Det har att göra med att se helheter: som t.ex. medikaliseringen. Medikalisering har inte enbart att göra med medikalisering av rusvården utan av hela samhället. Hela västvärlden håller på att medikaliseras. Att just den här helhetssynen, det är den som är viktig. Att denna är grunden, egentligen hela kärnan i socialarbetarens yrkeskunnande. (Bodil)

(...) mer än att jag skulle uppleva att jag är en socialarbetare så upplever jag att jag är en samhällsvetare: jag har på något sätt en bild av det här jobbet och om hur det är placerat i samhället. Och det här är den avgörande faktorn som skiljer mig t.ex. från sjukskötaren. (...) Jag har märkt att jag, jämfört med sjukskötarna, har en bättre helhetsbild över samhället och över hur missbruksproblem är positionerade där. (Helena)

Till socialarbetarens kärnuppgifter kunde också höra påverkandet av olika samhällliga fenomen, närmast genom att ta del i samhällsdebatten. Den breda samhällssynen i kombination med praktiska socialarbetarfärdigheter gör att socialarbetaren är en av de främsta experterna då det gäller att identifiera problem och analysera vilka följder olika förändringar i samhället kan ha för den enskilda individen. I likhet med Anis (2004, 79) kan man säga att socialarbetarna sitter på en utkiksplats i vårt samhälle (fi. autiopaikka).

Jag är av den åsikten att vår uppgift också är att på förhand informera förvaltningen angående vilka de kommande problemen är, för att försöka få dem att ta tag i dem (...) (Gun)

Även om informanterna i sina utsagor starkt betonade socialarbetarens samhällliga syn och skyldighet att påvisa missförhållanden i vårt samhälle, var det ändå ingen som själv gjort det. En av orsakerna kan möjligtvis vara den som också Anis (2004, 80) skriver

om: det konkreta sociala arbetet på individnivå tar all tid och den bredare, samhällsliga uppgiften ses som en alltför avlägsen sak för socialarbetarna. En annan orsak enligt mig kunde vara den, att socialarbetarna trots allt saknar effektiva metoder och redskap för att delta i en sådan samhällslig debatt, där det ekonomisk-teknologiska synsättet är så dominerande. I informanternas berättelser syntes detta som en osäkerhet beträffande å ena sidan hur marknadsföra det egna kunnandet och å andra sidan hur påvisa nyttan med det egna arbetet, då exakta mätare för både resultat och effektivitet saknas.

Beslutsfattarnas värdesättning av det här arbetet borde förbättras (...) de borde se till att det är möjligt för oss att kunna jobba på ett vettigt sätt (...) ”nog är det ju bättre att bygga en fin parkeringsplats framför stadshuset än att sätta pengar på dem som är på dekis”. Det här är nu ganska fult sagt. Men nog är det litet så att man tänker, att det inte är till någon nytta med det här arbetet vi gör. Men sen då vi håller stängt i 2 veckor så blir det ett himla hallå på hälsocentralen, när våra klienter går dit. (...) (Gun)

Trots att arbetet på en A-klinik vid en första anblick kan te sig likartat såg det ändå ut att i praktiken finnas vissa ansvarsområden som var specifika för socialarbetaren, även om en del av dessa ifrågasattes och upplevdes som konstgjorda. På vissa A-kliniker var det enbart socialarbetarna som t.ex. ”hade rätt” skriva betalningsförbindelser och att leda grupper, men vad hindrar en sjukskötare från att göra det också? Hur länge A-klinikerna kommer att vara socialarbetarledda, kommenterades av en annan informant.

(...) vi har en sådan arbetsfördelning här att socialarbetarna leder grupper, även om jag tycker att det är litet konstgjort: likaväl kunde också sjukskötarna leda grupper ifall de är intresserade. (Anni)

Å andra sidan är det också svårt att göra jämförelser med någon annan yrkesgrupps sätt att jobba, då själva arbetet med klienten ändå för det mesta (undantag pararbete) sker bakom ”lyckta dörrar” och är en sak mellan den enskilde klienten och socialarbetaren.

Nog skiljer det sig säkert, men det är ju litet ockultism (fi.salatiede) över det hela då man jobbar bakom lyckta dörrar. Men vad jag pratat med sjukskötarna så har de ett vårdvetenskapligt synsätt då de träffar klienten. (...) men nu vet jag nog inte utgående vilket synsätt jag själv jobbar - den här intervjun gör mig förvirrad! (Camilla)

Idag finns det också information att få på nätet om de flesta fenomen, vilket betyder att även andra yrkesgrupper än socialarbetare har möjlighet att få kunskap om t.ex. olika sociala förmåner. Man pratar allmänt om lärande organisationer idag. Karvinen-Niinikoski (10.11.2006) talar om den lärande organisationen som en del av den partici-



pativa (gemenskapsinriktade) expertisutvecklingen, där man med sina kolleger delar med sig av sina egna arbetslivserfarenheter. För socialarbetaren i det multiprofessionella teamet kan den gemenskapsinriktade expertisen också innebära den risken, att socialarbetarens ”kunskapsmonopol” beträffande hur olika system i samhället fungerar, blir skört.

(...) Trots allt är ändå varje mänska också en lärande individ, men kanske kunskapen om lagstiftningen och praxisen inom barnskyddet och utkomststödet är sådana områden som jag på sätt och vis upplever att är mitt monopol och min styrka. (...) men ibland så vänder de sig (*sjuuskötarna, mb-å*) direkt till chefen inom socialvården och idkar då ett eget samarbete. Att nog har de (*sjuuskötarnas och socialarbetarnas arbete, mb-å*) hos oss alltmer börjat närma sig varandra. (Helena)

(...) jag tänker nog också att det är beroende på personen och inte enbart på yrkesidentiteten. Människor kan vara intresserade av olika saker. Idag då den där Internet finns på allas bord och du genom att sätta sökord t.ex. om FPA:s förmåner eller om andra saker som skulle kunna höra till socialarbetarens revir såsom betalningsförbindelser, så... (...) Idag finns information att tillgå, det är inget som måste finnas inne i huvudet. Människor får information via nätet beträffande väldigt många saker. Själv använder jag det som ett arbetsredskap då jag t.ex. söker efter nätverk. Jag tittade just på information om mäns sorggrupper. (...) (Camilla)

### **8.3 Är missbruk en sjukdom eller ett socialt problem enligt socialarbetarna?**

Strävan efter att kunna diagnostisera avvikande beteenden som sjukdomar och därefter medicinera dem, är karaktäristiskt för medikaliseringen och vårt samhälle idag. Risken med ett sådant synsätt är, att även normala beteenden kan uppfattas som tecken på störningar och sjukdom, vilket i värsta fall kan leda till att också friska människors stämplas som sjuka. Enligt Murto (2004a, 49) finns det inga entydiga definitioner eller diagnoser på dessa s.k. ”obehagliga problem” (fi. ilkeä ongelma), utan man måste närma sig problemen ifrån många synvinklar och med gemensamma krafter, alltså multiprofessionellt. Att försöka medikalisera vardagslivet och de svårigheter som finns där är inte relevant, utan svaren på dessa frågor skall sökas ifrån den sociala kunskapens område (Murto 2004a, 49, 53).

En överbetoning av de medicinska aspekterna framför de sociala i kombination med den starka tilltron till medicinens möjligheter att bota alkoholism, ser ut att ha varit de

främsta orsakerna till medikaliseringens starka framfart inom missbrukarvården. En av informanterna ansåg att orsaken till medikaliseringen av missbrukarvården också har att göra med att vi har så starka läkare, som börjat arbeta och forska inom missbrukarvården i Finland. Samma informant fortsätter med att litet resignerat konstatera, att det inte finns så mycket man kan göra för att hejda medikaliseringens framfart längre: ”tåget har gått”. Som socialarbetare måste du antingen anpassa dig till situationen eller så måste du börja jobba med något annat.

(...) Tåget har farit, inte hjälper det att sätta handen ut. (...) Antingen anpassar vi oss till det, eller så måste vi byta arbete. Och jag tror att det är just så som det har gått till; på många A-kliniker så finns det inte mera socialarbetare, för att de har gett upp. Och sen har det anställts sjukskötare i stället för de här socialarbetarna. (...) Att en del människor kommer att börja söka sig bort från det här rusvårdsarbetet, då de märker att det är omöjligt att vinna det här slaget. Att det är förlorat likasom ren... (Bodil)

Det rådde en stor konsensus bland socialarbetarna angående begreppet medikalisering. Medikalisering definierades allmänt som en överstark tilltro i samhället och hos människorna till den medicinska vetenskapens svar på alla problem:

”Människorna tror och hoppas på att boten på alla problem som finns skall komma genom en medicinburk.” (Bodil)

Alla informanter uttryckte sin oro över den starka tilltron till medicinens kraft, som bl.a. lett till att normala kriser eller fluktuationer i klienternas sinnestillstånd (t.ex. sorg och ångest) i första hand medicineras, i stället för att utreda orsaken till tillståndet.

Jag följer mycket bekymrat med forskningen inom missbrukarvården, då det ser ut att hela tiden dyka upp nya mediciner och man börjar tro på medicinens kraft. Och alla depressionsmediciner sedan... att man skapar en sådan illusion åt klienten, att en medicin skulle kunna verka på det sättet i hjärnan att problemet skulle försvinna eller minska. Inte bestrider jag att en del mediciner faktiskt är alldeles nödvändiga, men litet för mycket ges bilden av att en människa på något sätt skulle vara behandlingsbar med kemikalier. Som socialterapeut är jag nog av den åsikten att det att man går igenom och behandlar saker på de här andra områdena, är minst lika viktigt! Helst skulle jag se att det inte skulle finnas mediciner alls. (Emma)

(...) inte kan man nu förändra en sådan här sak som har med livskontrollen att göra genom piller, utan den förändras genom att studera. Inte för att jag på det sättet motsätter mig medicinering, men någon rim och reson måste man få i saken. (...) (Gun)

En av informanterna ifrågasatte socialarbetarens yrkeskunskap och förmåga att identifiera allvarliga, psykiska störningar hos klienterna. Eftersom hon själv också hade en

grundutbildning ifrån hälsovården ansåg hon sig inneha denna kunskap i motsats till ”vanliga” socialarbetare. Enligt Tanninen m.fl.(2005, 128) kan också en enda människa agera mångprofessionellt, såvida hon har fler än en yrkesexamen samt dessutom besitter en mångsidig arbetserfarenhet ifrån dessa områden. Jag tar inte ställning till huruvida denna informant kan anses vara multiprofessionell eller inte. Det man däremot kan konstatera är, att hon såg ut att vara den av informanterna som verkade ha det svårast att identifiera sig som en ”ren” socialarbetare, eftersom hon förutom det sociala perspektivet också såg på sakerna ifrån ett vårdperspektiv.

(...) då jag också har den här primärvårdarutbildningen, så har jag inte ett sådant där klart socialarbetarperspektiv på de här sakerna. Å andra sidan – nu flyter det litet ut här – så har jag funderat på att min egen yrkesidentitet knappast aldrig kommer att vara ”klart någonting”, eftersom den långa erfarenheten från den tiden löper parallellt. Och nog anser jag att det är min styrka i dejoureringssituationer. Jag känner till mediciner, jag förstår att reagera om någon har symptom från hjärtat och jag kan ringa efter ambulans – att jag reagerar utgående ifrån en vårdvetenskaplig synvinkel. (...) Men min erfarenhet är att en socialarbetare inte nödvändigtvis identifierar allvarliga mentala problem. Vad som är friskt och vad som är sjukt (...) (Camilla)

Är missbruk en sjukdom eller ett socialt problem? Det var en fråga jag ställde alla socialarbetare i undersökningen. Intressant var, att man enligt socialarbetarna väldigt litet funderat på huruvida det i teamet fanns en gemensam syn på missbruksproblem. Med en gemensam syn avsåg jag tankar och åsikter om vad som orsakar missbruk och vad som i så fall kunde hjälpa och ”bota” klienten. Min avsikt var att få till stånd en diskussion, som skulle ha belyst huruvida man i teamet har en uttalad syn på huruvida missbruk är en sjukdom eller ett socialt problem. Å andra sidan är missbruk och beroenden så komplexa och mångfacetterade tillstånd, att det kanske skulle ha varit mera förvånande om socialarbetarna uppgett att teamet hade haft en tydlig, gemensam syn på saken.

Hos oss har vi inte någon sådan där förskräckligt fanatisk inställning att det antingen skulle vara si eller så, utan vi granskar det utgående ifrån situationen. Som jag sa tidigare så kan det ibland vara så att jag redan på klienten kan se att om han tar ens en liten droppe, så startar dryckesperioden igen medan det också finns sådana klienter som i ett ganska tidigt skede har vaknat till och börjat fundera på det egna förhållandet till alkoholen. Och då har jag inte alls en sådan känsla att jag skulle måsta börja prata om att lämna alkoholen helt och hållet, utan istället kan man börja fundera huruvida det skulle vara bra att hålla en liten paus eller försöka minska litet (...) beroende på situationen är det också möjligt att försöka sträva efter ett måttligt drickande. Att inte har vi här hos oss sådant att ”alkoholism är en sjukdom”. (...) Men jag vågar nog nästan påstå att det hos oss också finns de som skulle svära en ed på AA och dess Minnesota vårdmodell. (Emma)

Sammanfattningsvis kan man konstatera, att huruvida missbruk uppfattas som en sjukdom eller ett socialt problem av klienten ser ut att vara av sekundär betydelse enligt socialarbetarna. De flesta informanter ansåg det vara viktigare att inte kategorisera missbruket som något som är ”antingen - eller”, utan det viktigaste är att vara lyhörd för de tolkningar som klienten själv tar upp. En av informanterna talade om missbruk som en social sjukdom, med både sociala och psykiska följder. En annan informant brukade med sina klienter tala om missbruket som ett slags tyst glidning från ett måttligt bruk till ett lindrigt missbruk, som till sist kan spåra ut till ett gravt missbruk.

Jag förhåller mig på det sättet till saken, att om klienten själv är av den åsikten att det är en sjukdom så tar jag egentligen inte alls ställning till det, inte heller säger jag att ”jag anser att det inte är en sjukdom”. I stället försöker jag avväga att vilken väg skulle vara den bästa för klienten att gå. I vissa fall kan AA vara det bästa alternativet – och i AA anser man ju att det (*missbruk, mb-å*) är en sjukdom. (...) Själv tänker jag att missbruk är frågan om ett socialt problem, men ändå inte ett entydigt socialt problem. Jag har svårt att tänka mig det som en sjukdom, men det är klart att man sedan också kan insjukna då man använder ett sådant gift mycket – det förorsakar ju sedan olika slag av sjukdomar. (...) Om en klient frågar av mig huruvida alkoholism är en sjukdom eller huruvida han själv är alkoholist, så brukar jag ha som vana att gå runt det: för det mesta säger jag åt klienten att jag inte ens är intresserad av om han är alkoholist eller om han har insjuknat i alkoholism, utan om alkoholbruket förorsakar men, så skall vi försöka göra något åt den saken. (...) (Emma)

Ett annat mycket aktuellt medikaliseringsfenomen är substitutionsbehandlingen av svårt opioidberoende personer. Hakkarainen & Tigerstedt (2005, 251) hävdar att godkännandet av substitutionsbehandlingen i slutet av 1990-talet har varit ett led i den nya, medikala och sociala inramningen av narkotikaproblematiken. Hos informanterna i undersökningen var åsikterna beträffande vården kritiska, främst p.g.a. att det läkemedel som används i vården (buprenorfin) också är ett ämne som missbrukas. Det man vet idag är, att det finns narkomaner som aldrig använt rent heroin, utan de har inlett sitt missbruk uttryckligen med buprenorfin, som de sedan blivit beroende av. Det är uppenbart att buprenorfinet på samma gång dels är ett effektivt läkemedel, dels är en populär drog. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005, 262) Hakkarainen & Tigerstedt (2005, 262) fortsätter med att fråga sig, varför man tiger om att användningen av buprenorfin kommit att bli ett allvarligt missbruksproblem? En av informanterna ansåg att man t.o.m. kan jämföra substitutionsbehandlingen med homeopati, där det centrala i behandlingen är att ”lika botar lika”. Socialarbetarna var också oroade över att klienterna inte längre verkar

vara intresserade av läkemedelsfria behandlingsalternativ, vilket enligt mig också kan tolkas som en oro för hur det skall gå med den egna, sociala expertisen.

Jag kom på sätt och vis i samma sug, (fi imussa) då man anställde mera personal p.g.a. att substitutionsvården körde igång. Jag kom mitt i hela den där medikaliserings- och hjälp, tänkte jag, att måste jag liksom börja dela ut droger som socialarbetare... nå, droger, det var ju frågan om subutex. Men hur som helst var det ändå en överraskning för mig. Jag kom just vid den tidpunkten då det var på tapeten. (...) (Camilla)

Bland informanterna var det speciellt en, som särskilt starkt tog ställning mot substitutionsbehandlingen och dess berättigande.

(...) Nog måste jag säga att har stora tvivel och stora förbehåll till hela den här saken (...) Många startar inte längre sitt missbruk med naturliga opiater, utan de börjar direkt med den här medicinen, som är avsedd att användas inom substitutionsvården. Många har aldrig ens använt något annat. Man får litet en sådan här "homeopati-fiilis", m.a.o. att lika botar lika. Först använder du den här subutexmedicinen och sedan när du blivit beroende av den så söker du dig till subutexsubstitutionsbehandling! Och det är nog en jätte farlig trend. (...) Det får mig att tänka på att man då förhåller sig till saken som om det skulle vara frågan om en sjukdom, där man ser ut att glömma karaktären på sjukdomen eller epidemin, d.v.s. HUR man insjuknar. Och ofta ser det sedan ut som om de här andra behandlingsalternativen inte alls används. (...) och det att man gör sig så litet besvär angående de här andra alternativen, känns jätte illa. Mänskorna är t.ex. inte beredda att låta sig avvänjas ifrån subutexten, utan de vill direkt till substitutionsvård: de vill inte göra sig det besväret, inte lida av den ångest, som en avvänjning med andra metoder skulle innebära. Och det tycker jag att är jätte sorgligt. (...) Och sedan då du är i substitutionsvård, så tar den ju bara bort abstinensbesvären, men det finns inget som hindrar dig från att söka "fiilis" genom att använda subutex intravenöst. M.a.o. sköter du abstinensbesvären med ett legitimt läkemedel, men om du söker efter "fiilis" så träder alldeles andra metoder in (...) Jag har nog funderat på vilken framtiden för den här substitutionsvården kommer att vara. Det är litet samma logik som då människan dricker och följderna är en baksmälla – men hur skulle det vara om den där baksmällan aldrig skulle komma? Då är det på något sätt som om förhållandet mellan orsak och verkan skulle försvinna, då det alltid finns en vård att erbjuda: "ta det här så känner du inte av något" (Helena)

Slutligen kan man ju fråga sig, huruvida det sociala arbetet håller på att förlora sitt grepp om "det sociala" i sina strävanden att försöka anpassa sig till de förändrade premisserna som råder inom missbrukarvården. Vem är det som innehar den slutliga makten och expertisen att definiera alkohol- och andra beroendeproblem? (Kaukonen 2005, 320) Laitila-Ukkola (2005, 98) hävdar att det t.o.m. föreligger en risk, att de starka professionerna inom sjuk- och hälsovården börjar definiera innehållet i och metoderna för det sociala arbetet. Kaukonen (2005, 320) drar den slutsatsen att angreppssättet för det

sociala arbetet har medikaliserats: i stället för att koncentrera sig på de sociala konsekvenserna av drickandet, har intresset förskjutits mot själva beroendeproblematiken, där det individuella beroendet och dess behärskande ser ut att vara i fokus för det sociala arbetets interventioner. Han går så långt att han frågar sig huruvida missbrukarvården ens längre är intresserad av sociala frågor? I en av informanternas berättelser syns denna förskjutning mot en beroendecentrering i vården på följande sätt:

Det viktigaste är ju att vi måste vara specialister i beroenden, alla beroenden, för de är ju likartade. Och i framtiden kommer A-klinikerna att vara ställen, dit man kan komma i vilket beroende som helst: det är inte bara frågan om alkohol, droger och spelberoenden, utan också dator- och sexberoenden, kanske ätstörningar i framtiden (...) shoppingberoende – alla slags beroenden, de är likartade och vi har expertis just för det (...) (Fanny)

#### **8.4 Gränsdragningar och motsättningar mellan den sociala och den medicinska expertisen**

Hur syns dessa två, åtminstone i teorin, så separata syner – den sociala och den medicinska – i praktiken, ute på fältet? Är det en fråga om två konkurrerande synsätt eller kan man säga att de är synsätt, som kompletterar varandra? Enligt Abbott (1988; Johansson 2002, 112) är en av de avgörande drivkrafterna för hur olika professioner utvecklas den, att de konkurrerar med varandra. Genom att skapa förbindelser mellan sina kunskaper, färdigheter och speciella arbetsuppgifter kan yrkeskårer organisera och kontrollera sitt arbete. Dessa länkar används för att vinna legitimitet hos omgivningen, men också för att dra upp gränser mot andra närliggande professioner. (Aili 2002, 17) Abbott (1988, 20) har gett länkarna mellan yrkeskårer och arbetsfält benämningen *jurisdiktion*.

Abbott (1988; Johansson 2002, 21-22) talar om tre olika arenor, på vilka jurisdiktionen utvecklas. Jag har tidigare i avhandlingen (kapitel 3.4.2) behandlat jurisdiktionen på de olika arenorna. På den *legala arenan* stärks professionens formella rättigheter. För många yrken inom hälso- och sjukvården regleras den formella kompetensen och därmed rätten att verka inom yrket, genom lagar och förordningar (Aili 2002, 17). Den uppgift som närmast förknippas med den legitimation som sjukskötarna å sitt yrkes vägnar innehar på en A-klinik, är rätten att dela ut mediciner. Uttalanden i linje med

detta syntes i alla informanternas berättelser, även om en av informanterna uttryckte sig på ett litet lurigt sätt:

Som socialterapeut har jag monopol på det sättet (skrattar) att jag inte har några läkemedel bakom mig – jag är ju fri från sådan belastning! (Fanny)

Läkarens starka position och auktoritet som den medicinska experten i teamet togs upp av några socialarbetare. En av socialarbetarna tog upp svårigheten med att som socialarbetare argumentera med en läkare: för det första vet man för litet om de medicinska aspekterna och för det andra kan hierarkin läkare – socialarbetare inverka negativt och hämmande, eftersom socialarbetaren upplever sig vara i en underlägsen position jämfört med en stark profession som läkarens.

Speciellt då man inte vet så mycket om mediciner att man skulle kunna föra en jämbördig diskussion med en medicinsk expert, man blir litet på förlust där... I klientarbetet har jag den ståndpunkten att jag inte lägger mig i de medicinska sakerna alls, utan jag brukar säga ”tyvärr så vet jag inget om de där sakerna, utan det är bäst att du pratar med läkaren eller med sjukskötaren”. (...) (Emma)

En annan informant hade löst dilemmat med klienternas mediciner genom att tillsammans med klienten kontakta läkaren, för att komma överens om ett gemensamt nätverksmöte.

Och jag är en så pass avskyvärd person, att ibland då jag hör vilka mediciner de har så ber jag dem också kontrollera saken med den egna läkaren. Ibland då jag är riktigt djävulsk, då jag lyssnat för mycket på de här berättelserna, så kan det hända att vi tillsammans ringer upp läkaren för att förhandla om de här medicinerna. Till mitt sätt att jobba hör också, att om jag har en person som enligt mig använder för mycket eller missbrukar medicin, att jag mycket snabbt inbjuder läkaren till en ”meeting”, och så håller vi ett nätverksmöte. (...) (Gun)

Överlag såg det dock ut att finnas väldigt litet direkta motsättningar och spänningar ute på fältet mellan det sociala och det medicinska synsättet, vilket överraskade mig. En orsak kan vara den starka känslan av samhörighet och av att ”göra samma saker”, som är så utpräglade för det mångprofessionella team-arbetet på A-kliniker. (Auvinen 1996, 174) Informanterna talade om att vardera yrkeskåren behöver den andras expertis och kunnande för att kunna utföra arbetet: sjukskötarna behöver socialarbetarnas samhällsliga synvinkel som komplement till sitt eget synsätt, medan socialarbetarna igen behöver veta om medicinska aspekter för att kunna hjälpa sina klienter på bästa möjliga sätt. I enlighet med Murto (2004b) kan man sammanfatta diskussionen med att konstatera, att det sociala och medicinska synsättet inom missbrukarvården inte skall ses som sins-

emellan konkurrerande synsätt utan närmast som kompletterande synsätt, där de olika yrkeskårens tillsammans jobbar mot ett gemensamt mål.

(...) jag ser på det här jobbet på det sättet att ingen kan utföra det ensam: inte socialarbetaren, inte sjukskötaren, inte läkaren. Enligt mig skulle den ideala situationen vara den, att klienterna skulle vara A-klinikens klienter och att vi alla tillsammans i teamet skulle fundera på de här sakerna, på riktigt multiprofessionellt. Och var och en skulle föra fram det egna kunskapsområdet. Det är pointen i mina tankar om multiprofessionalitet: det behövs olika yrkeskårer för att granska klientens situation och absolut också läkaren. (Camilla)

Också oviljan att ta upp sådana saker till diskussion som skulle kunna leda till förändrade personrelationer och till ett försämrat arbetsklimat, kan vara en orsak till de till synes små motsättningar yrkeskårens emellan. I stället för att ta upp en sak till diskussion, valde man att hålla tyst. Ibland såg det ut att vara svårt att särskilja på person- och sakfrågor i konfliktsituationer, vilket syntes i informanternas berättelser som en svårighet att både kunna ta emot och ge saklig feedback.

Det kan uppstå motsättningar då t.ex. sjukskötaren säger sin åsikt om den medicinska och den psykiska statusen och socialarbetaren säger sin syn på saken. Då kan det bli kollisioner redan bara p.g.a. professionaliteten. Det kräver ganska mycket av arbetstagarna – just att kunna ta emot feedback (...) Då kan det gå så att den ena tar illa upp och tänker att "aj ja, nu då jag är av den här åsikten om det här och någon annan är av en annan åsikt, så betyder det nu att jag inte kan något alls?" Det är litet en sådan där fråga om självkänsla, men också en fråga om yrkesidentitet: hur förhåller man sig till mig? (...) Själv hoppas jag på att få respons. Men jag vet inte vad det beror på att människor inte vågar ge feedback. Det är som om själva personen på något sätt kommer med och inte de egentliga sakerna. Det är som om man inte skulle klara av att särskilja på vad som är yrkesmässighet: vad som är en följd av yrket och vad som hör till personen. Med det menar jag att det inte är DU som har fel utan idéerna och tankarna där. (Camilla)

(...) Den förändring som har skett har gått mot ett bättre håll. Samarbetet löper ganska okomplicerat idag, men inte nödvändigtvis då jag började här. Då var det nämligen mycket mera det att man var noga med gränserna: "det där gör jag inte för det är socialterapeutens uppgift" – och tvärtom. Men så är det inte längre idag. (...) för tillfället har vi ett sådant gäng här, som inte vill gunga på båten åt någotdera hållet, utan vi lever ganska försonligt, reder oss. Det finns ingen lust att lyfta fram – eller så finns det på riktigt inga (*motsättningar, mb-å*) – man har godkänt sakerna så som de är (...) (Emma)

I praktiken såg konflikterna i det multiprofessionella teamet ut att i stället handla om lönefrågor och frågor kring status och position: socialarbetarna har högre lön än sjukskötarna, vilket upplevdes som orättvist av sjukskötarna då vardera yrkesgruppen i prin-



cip utför ett likadant arbete. Också socialarbetarnas position som chefer för A-klinikerna var något som såg ut att väcka en del irritation bland sjukskötarna på en del A-kliniker.

(...) Det finns en aning avundsjuka p.g.a. löneskillnaderna och p.g.a. att det här leds av socialarbetare. (...) Nu då det var de här nivåhöjningarna, så vem som fick dem. Mellan raderna kunde man läsa att ”socialarbetarna får bättre lön än sjukskötarna och ändå gör alla samma jobb”. Att en sådan där snedvridenhet. Varför skulle inte alla kunna vara missbruksarbetare (fi. päihdetyöntekijä), med likadan lön fastän utbildningarna skulle vara olika? (Camilla)

Det är å ena sidan viktigt att särskilja på motsättningar och konflikter som bottnar i personliga egenskaper och å andra sidan på motsättningar som kan uppstå p.g.a. olika professioners sätt att se på t. ex missbruk. En arbetsplats är som ett samhälle i miniatyr i den bemärkelsen, att den består av människor med heterogena situationer och kontexter, där den enda sammanbindande länken kan vara intresset att jobba med missbrukare. Trots vissa motsättningar mellan den sociala och den medicinska synen såg det däremot ut att råda nästan konsensus gällande ramarna för själva arbetet: dessa såg ut att vara påfallande likadana, oberoende om det var en sjukskötare eller socialarbetare som definerade arbetet. Denna konsensus överraskade mig, eftersom teamet inte hade en uttalad, gemensam syn på missbruksproblem (se kapitel 8.3), men nog då en stor samstämmighet beträffande vad arbetet på en A-klinik går ut.

Jag skulle vilja påstå att vi här har en ganska god förståelse beträffande de här sakerna, hur kronisk karaktären av missbruksproblem är och också beträffande hurudana resurser klienterna har. Vi har en ganska realistisk bild och på det sättet också en gemensam uppfattning, en överraskande gemensam uppfattning, i själva verket konsensus gällande karaktären av det här arbetet och hur tidigt många gånger de här problemen och skadorna hos klienterna uppstått. Jag har aldrig råkat ut för en konfliktsituation p.g.a. att jag skulle ha definerat vårdbehovet hos någon mänska på ett annat sätt, eller att man inte skulle ha lyssnat på eller tagit i beaktande min åsikt. (Helena)

Som underlättande faktor vid samarbetet med andra yrkesgrupper, närmast sjukskötare, tillskrevs dessa egenskaper som en socialarbetare anses ha å utbildningens och yrkets vägnar. Då en sjukskötare innehade dessa egenskaper sågs de mera som personliga egenskaper. Socialarbetarna talade om dessa sjukskötare som ”socialarbetarsjukskötare”.

(...) den där sjukskötaren som sitter i rummet bredvid mig – jag riktigt FÖR-UNDRAR mig över att hon inte är socialarbetare, för hon uttryckligen gör... Ja, hon har lett grupper, hon gör mycket nätverksarbete, hon är mycket samhällskritisk och ser sådana här stora helheter. (skratt) (Anni)

Vad innebär detta för socialarbetet om dessa typiska socialarbetarattribut också kan kopieras på andra yrkesgrupper? Hur profilera sig som socialarbetare med en kritisk samhällssyn och en holistisk syn på människan, om dessa synsätt egentligen kan finnas hos vem som helst? Å andra sidan är A-kliniken en organisation, där humana värderingar alltid varit mycket centrala. Det här gör att det kan vara svårt, t.o.m. omöjligt, att särskilja vad som kommer med yrket och utbildningen och vad som följer med som en produkt av att man jobbar i ett mångprofessionellt team på en A-klinik.

Såväl Salaspuro (2005) som Mäkelä (2003) har kritiserat socialarbetare för att motsätta sig medikaliseringen. Mäkelä (2003, 6) anser att socialarbetarna t.o.m. skulle vara rädda för medikaliseringen och han går så långt i sina slutsatser, att han hävdar att socialarbetarna motsätter sig och motarbetar alla former av medicinsk behandling. I ljuset av mina informanternas utsagor, ser jag Mäkeläs utspel som excess i nödvärn. Enligt informanterna är det enbart positivt att socialarbetarna ifrågasätter och kritiserar användningen av läkemedel, eftersom en människa är en helhet som består av så många fler dimensioner än enbart den medicinska. Endast genom att kritiskt granska olika vårdideologier kan praxisen utvecklas. Visserligen måste man som socialarbetare på en A-klinik vara väl insatt i de medicinska vårdformerna.

Visst förhåller vi oss mycket kritiskt till mediciner och enligt mig så är det en bra sak att man också ifrågasätter. Nog har ju redan historien visat, att många sådana mediciner som i tiderna uppfattades som alldeles banbrytande nu har visat sig vara alldeles skadliga eller att det inte är någon nytta med dem. Jag tycker att det bara är bra att man förhåller sig litet kritiskt till dem. Mänskan är en så mycket mer komplicerad varelse än att enbart den medicinska vetenskapen skulle kunna hela, om mänskan är söndrig eller deprimerad. Förstås är det ibland också alldeles nödvändigt med medicinering, t.ex. i vården av depressioner, men också andra former av stöd är viktiga. De här är svåra saker. (Emma)

(...) Praxisen förändras bara p.g.a. att man börjar våga ifrågasätta rätt saker. Förut behandlades t.ex. psykiska sjukdomar genom att man doppade människor ända till halsen i iskallt vatten, och då tyckte man att det var rätt och riktigt. Jag är alldeles övertygad om att de mediciner som idag används, inte i framtiden används. Det är jätte viktigt att man vågar säga. (Helena)

På den *mediala arenan* bygger professionen upp sin bild av sig själv inför allmänheten. Enligt Abbott (1988) måste professionen utveckla ett enkelt språk för att nå allmänheten. Ett yrke behöver förutom forskare och kliniker även skickliga debattörer, som kan föra dess talan i offentliga sammanhang. (Abbott 1988; Johansson 2002, 23-24) Johans-

son (2002, 122) talar om vikten av att företrädarna för den sociala expertisen hittar ett språk, som uttrycker och definierar den sociala omsorgens kärna. I annat fall föreligger det enligt henne en risk att, ”det sociala” förlorar kampen mot både ”det medicinska” och ”det ekonomiska”. Murto (2005c) befävar i sin tur att den sociala expertisen kan ha svårigheter att argumentera på samma begreppsliga nivå som övriga professioner. I synnerhet då man försöker finna svar på fenomen, som både vetenskapligt och begreppsligt är svåra att hantera, föreligger det enligt honom en risk att svaren i första hands söks från sådana arenor, där den yrkesmässiga identiteten är stark. Exempel på sådana starka, professionella identiteter är den medicinska, juridiska och den pedagogiska expertisen. (Murto 2005c, 322)

I informanternas berättelser syntes önskemålen om en större synlighet på den mediala arenan som försiktiga uttalanden om att genom en positiv publicitet kunna uppnå erkännande för de egna arbetsinsatserna. Genom en ökad, positiv offentlighet kan man höja profilen för den egna professionen genom att påvisa hur man med kvalitativt goda arbetsinsatser kan påverka människors dryckesbeteende. Med det sociala arbetets interventioner är det möjligt att både minska på det mänskliga lidandet och samtidigt spara stora pengar för samhället.

Genom offentlighet: att man skriver grejer och för fram den egna åsikten, det är bra. Att man på ett starkt och positivt sätt för fram den (...) och inte via motsättningar utan uttryckligen genom att öka på offentligheten beträffande innehållet, tankarna och målsättningarna för det här arbetet. (Denise)

Samhällets inställning är förstås viktig. Vi måste utföra ett så pass kvalitetsmässigt gott arbete, att det är någon nytta med det och att den offentliga bilden är sådan, att vårt arbete uppfattas som så nyttigt att man är villig att betala för det. Enligt mig är det också så det skall vara. Att om vi här bara skulle förverkliga oss själva och inte var till någon nytta för någon, kunde en sådan verksamhet lika gärna försvinna. Men i princip så sparar vi ju massor med samhällets resurser, vi minskar på det mänskliga lidandet och vi hjälper arbetsgivare genom att rehabilitera arbetstagare. Vi sparar också jättemycket på hälsovårdens resurser, eftersom vår verksamhet leder till att alkoholbruket minskar. Nog ser jag att vårt jobb är mycket betydelsefullt: jag har aldrig en sådan känsla att det inte skulle vara frågan om ett betydelsefullt jobb. (Helena)

### **8.5 Spänningar inom den sociala professionen**

I min intervjuguide hade jag inga specifika frågor om förhållandet mellan socialarbetare och YH-socionomer, eftersom mitt intresse i första hand var fokuserat på frågeställningar som behandlade förhållandet *mellan* den sociala och medicinska expertisen. Detta gjorde att jag var ganska oförberedd på de situationer som uppstod, då jag i några intervjuer konfronterades med uttalanden, som såg ut att handla om spänningar och motsättningar *inom* den egna professionen. För enkelhetens skull använder jag i fortsättningen benämningen socionomer, då jag avser YH-socionomer.

Ute på fältet är yrkeskåren socialarbetare mycket heterogen, då det kommer an på utbildningsnivån. Av de informanter som deltog i undersökningen fanns det allt från politices magistrar till socionomer, med olika former av kompletterande och behörighetsgivande utbildningar där emellan. I informanternas uttalanden var det närmast socionomernas ställning på arbetsmarknaden i förhållandet till socialarbetarnas, som väckte diskussion. Spänningar mellan dessa två sociala yrkeskårer framträdde särskilt starkt bland de informanter, som själva inte var behöriga socialarbetare och bland dem som var behöriga, men som jobbade på A-kliniker där man varit tvungen att anställa obehörig personal. Även de som fått sin behörighet via olika kompetensgivande utbildningar på 1980-talet, såg ut att ha starka åsikter i frågan.

Rantanen & Toikko (2005) diskuterar i en artikel i Janus förhållandet mellan socialarbetare och socionomer. I Sotenna-projektet (2006) har kunskaps-, arbetskrafts- och utbildningsbehovet för närvårdare, socionomer (YH) och socialarbetare uppskattats fram till år 2015. I synnerhet det professionella förhållandet mellan socialarbetare och socionomer diskuterar i projektet. I förhållande till socialarbetarprofessionen är socionomerna en ung yrkeskår, eftersom yrkeshögskoleutbildningen för socionomer startade först år 1992. Enligt Borgman (2006, 159) har socionomutbildningen formats på ett fält med tämligen stora spänningar: det har inte funnits en klart definierad plats för deras kunskande inom den sociala sektorns arbets- och uppgiftsfält. Detta har betytt att socionomerna varit tvungna att själva söka sin plats på arbetsmarknaden. Överlag har det enligt

Borgman (2006, 159) förts alldeles för litet diskussioner inom den sociala branschen angående den egna professionen och om dess samhällseliga uppgift. I synnerhet har det ofta i diskussionerna saknats en klar syn beträffande substansen, kärnkunnandet och arbetsfördelningen för de sociala professionerna.

Ytterligare problematiskt med tanke på socionomernas inträde på den sociala professionens fält är, att det gjorts väldigt litet forskning om själva socionomarbetet. Rantanen & Toikko (2005, 448) anser det berättigat att fråga sig, vad expertisen hos socionomer baserar sig på, vilken målgruppen är och slutligen vilka arbetsmetoder som utgör den specifika kärnan för det arbete som socionomerna utför? Anni, som studerat på 2000-talet, tar upp problemet med att vara ensam representant för sin yrkeskår. Enligt henne ligger utmaningen däri, att socionomerna nödvändigtvis inte har utvecklat ett kritiskt tänkande, som är utmärkande för en utbildning på högskolenivå.

(...) ganska ensam är man nog här med tanke på det yrkesmässiga stödet. Med det menar jag att vi har mycket socionomer och andra icke-behöriga, och det är också en utmaning (...) och ett visst kritiskt tänkande och det att man tänker själv, som en utbildning på universitetsnivå för med sig (...) och det att ifrågasätta självklarheter, är inte så konsekvent hos socionomer. Nog upplever jag att en utbildning på högskolenivå ger en viss distans till hur kunskap produceras. (...) att man inte tar för självklart att "det här är nu sant". Ett sådant kamratstöd fattas, då det inte finns andra socialarbetare... ett sådant stöd finns inte. Och en sådan arbetsgemenskap, där ett sådant (*stöd, mb-å*) skulle finnas, skulle nog vara ganska idealisk. Att man inte ensam skulle behöva vara den som ifrågasätter. (Anni)

Utgående ifrån informanternas utsagor ser de nya behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården (272/2005) ut att ha gjort det ännu svårare att få behöriga socialarbetare till lediga tjänster och vikariat, vilket har lett till att diskussioner om att *sänka* behörighetskraven tagit fart på en del A-kliniker. Detta var något som också framkom i Sotenna-projektet (Kemppainen 2006, 269). På många A-kliniker anställer man redan nu socionomer istället för socialarbetare. Eftersom dessa inte är formellt behöriga kan de varken få tjänster eller delta i längre utbildningar, vilket ser ut att hota deras arbetsmotivation och lust att förbinda sig till arbetet. Genom att sänka behörighetskraven skulle man få fler ansökningar till lediga platser, t.o.m. kanske så många att överflödet skulle utgöra ett slags arbetsreserv. Enligt Abbott (1988) kan en jurisdiktion som är vunnen på den legala och den mediala arenan t.o.m. upplösas på *arbetsplatsens arena*. I synnerhet när arbetsbelastningen är hög, föreligger det en risk att icke-

professionella kan få rätt att utföra de professionellas arbete, vilket ser ut att vara fallet på många A-kliniker idag.

Enligt Mäntysaari (2007, 33) ser det ut som om det skulle finnas ett stort behov av socionomernas tjänster ute på fältet, även om det tillsvidare finns få arbetsuppgifter som direkt skulle kunna sysselsätta socionomer för en längre tid. Det största problemet enligt Mäntysaari (2007, 33) är inte det, att utbildningen inom den sociala branschen sker på tre olika nivåer utan den största frågan är den, varför de professionella inom socialvården ser ut att söka sig till andra branscher än den sociala. I ett annat projekt (Sosiaalialan AMK-osaaminen alan työkentällä – verkostohanke) har man diskuterat huruvida behörighetskraven för de professionella inom socialvården borde ändras på så sätt, att de socionomer som innehar en högre yrkeshögskoleexamen också skulle vara behöriga som socialarbetare. (Rautajoki 2007, 37)

Resonemanget om att sänka behörighetskraven för den sociala expertisen på A-kliniker framkom i synnerhet i två informanternas berättelser, varav den ena själv var socionom. I januari-februari 2006 pågick en intensiv och stundvis ganska het, diskussion på Sosiaaliporttis nätsidor, där socionomer och socialarbetare debatterade med varandra. (<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/Keskustelut/Viestit.aspx?groupID>) Kontentan av det som debatterades där såg ut att vara förvånansvärt samstämmigt med det som framkom i följande informanternas utsagor.

(...) de där behörighetskraven kunde sänkas på det sätt att man till socialarbetarvakanser kunde anställa socionomer. (...) jag pratar nu bara om situationen i den här kommunen, för vi har haft jättesvårt att få behöriga socialarbetare. Om jag nu helt på högt kastar ut att ca ¼ av alla socialarbetare är behöriga – och de är alla ledande, planerare eller utvecklare och jobbar inte med klienter på heltid – så nog säger det ju redan något om situationen! Och de som är socionomer igen, så deras arbetsmotivation och lust att förbinda sig hotas av att de inte är formellt behöriga och därmed inte heller kan anställas stadigvarande och inte heller har de rätt att delta i långa utbildningar. Så på det sättet skulle det vara en MÖJLIGHET, det att de skulle bli fastanställda och att gränsen inte skulle vara lika knivskarp som den nu är. Det skulle också vara en möjlighet i den bemärkelsen att vi då skulle få arbetstagare och kanske också en arbetsreserv, varifrån man kunde välja de bästa arbetstagarna som man anser att skulle vara motiverade och passa för det här jobbet. Att det här med den här högre högskoleexamen, att om det inte finns en enda som söker så nog är det ju svårt att då välja! Och redan om det finns 2 sökanden, så också då är det ännu svårt att välja, men om det skulle finnas 20 sö-

kanden, så då skulle det redan vara frågan om en mycket mer idealisk situation. (Anni)

(...) jag har litet hört ledningen säga, att nu då man inte ser ut att få magistermänskor till de här arbetena, så är man tvungen att göra något åt saken. Och det kan då hända att man med en sådan här lägre examen skulle vara behörig att jobba på en A-klinik. (...) Att inte anser jag att jag liksom skulle vara obehörig – fastän jag nog hela tiden går om kring med en stämpel som obehörig i pannan, att ”då du inte är behörig” o.s.v. Enligt mig själv är jag alldeles kompetent. Inte alls något mindre kompetent än någon annan! Jag har inte den där högre högskoleexamen, men det har ju inte någon från ledningen heller. Och det är ju just det som är en konflikt här och som får en att skratta: en alldeles likadan utbildning har våra förmän: de är diakoner och de har sedan skaffat sig behörighet på 1980-talet genom att gå på en behörighetsutbildning, som var kortare än ett år. Inte finns här ju bara ett par magistrar. (Camilla)

Camillas uttalande påvisar dilemmat med att inte ens ledningen har en utbildning på högskolenivå – ändå krävs detta av socialarbetarna som jobbar på gräsrotsnivå. Det kan vid första anblick verka lockande och också relevant med resonemanget om att sänka behörighetskraven för att få tillräckligt med sökanden – på det sättet skulle man bl.a. kunna förhindra utmattning hos personalen. Jag ställde dock en provokativ fråga till en av informanterna beträffande de eventuella riskerna med ett sådant förfarande:

*Föreligger det inte en risk att yrkesidentiteten skulle bli ännu skörare, om man börjar anställa obehöriga? Att det också skulle vara svårt att t.ex. höja lönerna?* (Monica)

Nå, det är nu litet jämförbart med om man skulle börja kräva att sjukskötarna skulle vara magistrar i hälsovetenskap – ingen sjukskötare skulle gå med det, de skulle säkert gå i strejk. Då vi redan gör så mycket likartat arbete så skulle det vara samma nivå på utbildningen, en lägre högskoleexamen: sjukskötare – socio-nom. Enligt mig är den här yrkesidentiteten redan nu så förlorad. Förstås skulle det ju sedan vara lätt för beslutsfattarna att säga ”nu delar vi då jämt de här lönerna med sjukskötarna”, och det skulle säkert vara riktigt okej, för de skulle då ha en utbildning, som är lika lång och på samma nivå. Men jag anser att det inte länge till kan fortsätta på det här sättet: vi har hela tiden lediga befattningar, vilket gör att alla blir utpumpade. OM jag skulle få bestämma. (skratt) (Anni)

En naturlig följdfråga blev då vad socialarbetarna skulle ha för arbetsuppgifter i framtiden.

*Ser du då att socialarbetarna skulle ha andra arbetsuppgifter?* (Monica)

T.ex. som chefer, utvecklare och förstås som konsulter. (...) Socialarbetarna skulle utföra speciellt krävande uppgifter. Om man har en grupphandledningsutbildning så skulle man leda grupper, om man har en familjeterapiutbildning så skulle socialarbetaren fungera som ett arbetspar då man träffar hela familjen, ha kontakt till familjerådgivningarna. Och sedan förstås de här administrativa uppgifterna också. Men man kan verkligen fråga sig hur många magistrar i hälsove-

tenskap skulle komma och jobba hit! (...) man har nu fått billiga arbetstagare av oss socialarbetare till det här praktiska arbetet. Om vi har ungefär lika stor lön som sjukskötarna, så nog är det ju... om man tänker att man har en utbildning på högre högskolenivå om man får lika mycket lön som en sjukskötare, så nog är det ju VERKLIGT BILLIGT! (...) En så här stor organisation som den här drivs med relativt små löner. (Anni)

Man kan fråga sig huruvida bristen på socialarbetare verkligen skulle lösas genom att man anställer socionomer till socialarbetartjänster? Detta är en fråga som också Kempainen (2006, 271) ställer, men utan att hitta ett svar på den. En annan relevant fråga är, huruvida det verkligen skulle finnas arbete för alla socialarbetare om själva gräsrotsarbetet skulle handhas av socionomer? Finns det tillräckligt med sådana speciellt krävande uppgifter, som skulle sysselsätta socialarbetarna även i framtiden? Föreligger det eventuellt en sådan risk, att socialarbetarna blir fjärrade från den verklighet, där deras klienter lever i om de börjar ta avstånd från arbetet på gräsrotsnivå? Ännu på 1980-talet talade man inom den akademiska världen om "den stinkande praxisen" (fi. haiseva käytäntö), som skulle hållas långt åtskild från den vetenskapliga diskursen. Idag är situationen enligt Karvinen-Niirikoski (10.11.2006) en annan. Den erfarenhetsbaserade och därmed också ofta den tysta kunskapen, står på samma linje som den vetenskapliga. Idag är den uttalade strävan inom socialt arbete att kunna binda ihop teori, praxis och forskning på ett ändamålsenligt sätt. (jfr Askeland 2006, 129, 132) Bland informanterna fanns det i synnerhet en, som särskilt starkt ifrågasatte universitetens vilja att utbilda socialarbetare för arbetet på gräsrotsnivå.

Samhällspolitiska institutionen utbildar experter och forskare. De har glömt att utbilda vanliga människor som ska göra det skitiga donet. Då det inte längre finns tillräckligt med formellt behöriga socialarbetare som VILL göra socialt arbete finns det YH-socionomer, som gärna gör det arbetet. Problemet är, att de inte har ett vetenskapligt tänkande i sin utbildning. (Bodil)

En informant förstod inte alls klappjakten på socionomer, vilket delvis såg ut att sammanfalla med hennes egen upplevelse av att inte vara behörig socialarbetare.

(...) Personligen måste jag nog säga, att jag inte alls förstår de här motsättningarna som har uppstått p.g.a. de olika utbildningsnivåerna. Självt har jag alltid upplevt samarbetet med YH-socionomerna som mycket fruktbart och bra, och jag värdesätter deras yrkesskicklighet. Därför är jag också som ett frågetecken, för om man tänker på vilket sätt jag själv fått behörighet: den var ganska exceptionell, för den skedde under "kristiden" (fi. pula-aikana), då man nästan med vilken utbildning och examen som helst blev antagen. Det är en av orsakerna till varför jag själv känner mig som en inkompetent socialarbetare... fastän jag å andra sidan nog upplever att jag har en stark socialarbetaridentitet. (Denise)



## 9 Diskussion

Syftet med avhandlingen har varit att granska kunskapskärnan för det sociala arbetet på A-kliniker. I synnerhet i början av processen med min pro gradu-avhandling var jag också intresserad av vilken betydelse medikaliseringstrenden inom missbrukarvården har haft för det sociala arbetets handlingsutrymme. Min avsikt var att undersöka de spänningar och motsättningar, som jag antog att fanns mellan den sociala och den medicinska expertisen på A-kliniker. Mitt arbete som chef för en multiprofessionell arbetsgrupp på en A-klinik låg bakom mitt intresse och min nyfikenhet att närmare granska hur det sociala arbetet framträder i det mångprofessionella teamet. Mitt antagande var, att socialarbetarna bättre bör kunna profilera den egna expertisen för att i framtiden klara sig i konkurrensen med bl.a. den medicinska expertisen. För min undersökning intervjuade jag åtta (8) socialarbetare vid sex (6) olika A-kliniker.

Syftet med avhandlingen har varit att lyfta fram det specifika kunnandet och den expertis som socialarbetarna på A-kliniker innehar. Socialarbetarens expertis kan granskas ifrån åtminstone två olika synvinklar. Dessa synvinklar har jag formulerat i de två centrala frågeställningarna för min avhandling:

- Hur definierar socialarbetare på A-kliniker sin egen yrkesexpertis?  
Vilken är det sociala arbetets kunskapskärna inom missbrukarvården?
- Hur definieras den egna kunskapskärnan i relation till andra yrkesgruppers expertis?

Det sociala arbetet på A-kliniker befinner sig i idag i ett korstryck av de spänningar som finns i samhället, men också i ett korstryck av de spänningar som kommer från den medicinska professionens yrkanden om att missbruk skall definieras som en sjukdom och följaktligen behandlas som en sådan. Också den ständiga personalbristen och bristen på i synnerhet formellt behöriga socialarbetare bidrar till spänningar inom den egna professionen. Då målgruppen för det sociala arbetets interventioner dessutom hör till marginalerna i samhället, missbrukarna, ökar kraven på det sociala arbetets genomskinlighet.

Eftersom socialt arbete alltid varit bundet till sin egen tid och till sin egen historia där, måste det sociala arbetet också anpassa sig till det nu rådande samhällsklimatet. Mutka (1998) talar om att det sociala arbetet för tillfället befinner sig en ny fas, där socialarbetarna är tvungna att omdefiniera och omkonstruera sitt arbete p.g.a. de förändrade verksamhetspremisserna. Det ekonomiska och prestationsinriktade synsättet som råder i vårt samhälle idag ser ut att också ställa krav på ett mer evidensinriktat socialt arbete. I mitt eget arbete som föreståndare för en A-klinik har jag, då jag blivit ställd inför frågan hurvida det är till någon nytta med det arbetet som utförs på A-kliniker, gång på gång fått erfara hur svårt det är sätta ord på det egna arbetet i termer av effektivitet, resultat och verkan. Det är svårt, nästintill omöjligt, att kunna presentera några siffror på interventionerna för det sociala arbetet, eftersom utfallet alltid är en summa av många faktorer, där det sociala arbetet endast utgör en bråkdel. (jfr Särkelä 2001, 99) Av egen erfarenhet vet jag också, att redan en liten förändring i en människas dryckesbeteende kan innebära märkbara positiva förändringar på livskvaliteten för både den enskilde individen och hans familj.

Murto (2004a, 49; 2005) brukar tala om missbruk som ett s.k. ”obehagligt problem” (fi.ilkeä ongema), som dåligt låter sig anpassas till en målsättningsfokuserad evaluering. Enligt Murto (2005b) är det viktigt att komma ihåg att de interventioner som utförs inom missbrukarvården till sin karaktär är processlika och därmed inte går att anpassas till en evidensbaserad granskning. I stället borde man enligt Murto (2005b) börja tillämpa en ”practical based” och en ”ethical based” evaluering vid sidan av den evidensbaserade. En evaluering på basis av det praktiska arbetet och de etiska värderingarna skulle också bidra till att lyfta upp den erfarenhetsbaserade kunskapen till samma nivå som den formella kunskapen.

Den organisatoriska kontexten inom kommunerna påverkar också det sociala arbetet på A-klinikerna. I ljuset av min undersökning ser det ut som det teknologisk-ekonomiska synsättet skulle vara de stora kommunernas och de stora organisationernas problem, medan man på de mindre A-klinikerna ännu förhållandevis fritt ser ut att kunna bestämma över hur arbetet utförs. Jag kan ändå inte låta bli att här dra paralleller med spridningen av NPM-rörelsen: denna reformrörelse, som främst rör den offentliga ad-

ministrationsen, uppstod på 1980-talet i Storbritannien för att i början av 1990-talet också nå vårt land. Författarna till Sotenna-rapporten (Vuorensyrjä m.fl. 2006, 18) frågar sig berättigt hur ett konkurrens- och lönsamhetstänkande överhuvudtaget kan tillämpas på fenomen som välfärd, utbildning och kultur? Jag frågar i min tur vilken sannolikheten är för att det ekonomisk-teknologiska synsättet så småningom också kommer att omfatta alla A-kliniker i vårt land? Kommer det sociala arbetets färdriktning trots allt att förskjutas från ett individ- och terapeutiskt inriktat socialt arbete mot ett socialt arbete, som är förankrat i det ekonomisk-teknologiska samhällets strävan efter prestationer och effektivitet? Man kan fråga sig om detta är en önskvärd utveckling.

Med tanke på det sociala arbetet som utförs på A-kliniker är det, särskilt ur professionsperspektiv sett, en aning problematiskt att socialarbetarna på vissa A-kliniker fortsättningsvis har benämningen socialterapeuter. Det sociala arbetet blir då terapi, vilket gör det svårt att positionera det sociala arbetet i relation till närliggande vetenskaper. Hankaniemi och Paasio (1995) citerade av Kivipelto (2004, 351) beskriver det sociala arbetets förhållande till psykologin, psykoanalysen och psykoterapin som betydelsefullt, men också som problematiskt. Enligt dem är det problematiskt p.g.a. att det sociala arbetet å ena sidan klart har en strävan att frigöra sig från psykologiska teorier och praxis, men å andra sidan samtidigt allierar sig med vissa psykologiska traditioner som går under den psykosociala benämningen. Enligt informanterna i min undersökning ser benämningen ”socialterapeut” dock ut att bättre kunna inbjuda till samtal än benämningen ”socialarbetare”, som närmast ser ut att förknippas med det sociala arbete som utförs inom grundsocialservicen.

Man kan fråga sig om denna osäkerhet beträffande den egna yrkesbenämningen möjligtvis kan ha konsekvenser för hur andra yrkesgrupper ser på socialarbetarna och på deras expertis? Skulle det stärka den egna yrkesidentiteten om yrkesbenämningen skulle vara enhetlig på alla A-kliniker? Sett ur ett bredare perspektiv kan också frågan kring yrkesbenämningen kopplas ihop med omdefinieringen och omstruktureringen av det sociala arbetet på A-kliniker. Detta togs upp särskilt av en av informanterna. Enligt henne bör socialarbetarna tillsammans, inom den egna professionen, omdefiniera det sociala arbetet i missbrukarvården och i stället börja prata om psykosocialt arbete.

I informanternas berättelser om det egna arbetet framträdde interaktionen mellan socialarbetaren och klienten mycket starkt. De flesta informanterna beskrev *det terapeutiska samtalet* som hörnstenen i det sociala arbetet på A-kliniker. På basis av informanternas berättelser kan man konstatera, att styrkan i socialt arbete på A-kliniker ser ut att vara den praktiska kunskapskärnan, där fokus är den förtroendefulla interaktionen mellan klient och socialarbetare. Klientens självbestämmanderätt, frivillighet och rätt till konfidentialitet sågs som självklara principer och ledstjärnor för det egna arbetet.

Det att klienten så starkt är i fokus, syntes också i informanternas svar på frågan huruvida missbruk uppfattas som en sjukdom eller ett socialt problem. Alla ansåg att det viktigaste är att vara lyhörd för klientens tolkning av sin situation, även om det för socialarbetaren kunde innebära ett accepterande av en uppfattning där missbruk ses som en sjukdom. Paradoxalt nog var alla informanter ytterst kritiska till medikaliseringstrenden i vårt samhälle och i synnerhet till medikaliseringen av missbruk. Hur går detta resonemang ihop? Å ena sidan anser man det vara egalt huruvida missbruk uppfattas som en sjukdom eller ett socialt problem, medan man å andra sidan är mycket oroade över den medicinska expertisens slagkraft i behandlingen av missbruk. En möjlig förklaring till detta, åtminstone till synes, motstridiga resonemang är det faktum att man på A-kliniker väldigt långt jobbar utgående ifrån klientens villkor. Vilken betydelse har detta för den egna professionens position i det multiprofessionella teamet? Borde den sociala expertisen i teamet ändå inta ett klart avståndstagande från ett sjukdomsdiagnostiskt synsätt för att trovärdigare kunna definiera den egna expertisen och därmed också staka ut gränsen mot andra yrkeskårer?

Socialt arbete på A-kliniker ser ut att föra en balansgång mellan att å ena sidan tillgodose klientens behov och intressen och å andra sidan mellan att uppmärksamma den egna professionens position på de olika professionsarenorna. Socialarbetarna i undersökningen såg ut att ha förhållandevis lätt att beskriva det egna arbetet såsom det framträdde i kontakten med klienterna, men överraskande svårt att greppa det egna arbetet i termer av den teoretiska kunskapskärnan. Svårigheten med den teoretiska kunskapskärnan såg ut att framträda i synnerhet i situationer, där socialarbetarna varit tvungna att beskriva

det egna arbetet för beslutsfattare och högre tjänstemän. Sammanfattningsvis kan man konstatera, att den teoretiska kunskapskärnan inte verkade utgöra någon egentlig plattform eller bas för det egna arbetet. Däremot såg socialarbetarna i undersökningen ut att ta stöd i det praktiska arbetet, då de ville beskriva ”vad socialt arbete på en A-klinik är”.

Vid sidan av den formella och praktiska kunskapen talar man idag allmänt om den självreglerande, eller den reflektiva kunskapen i socialt arbete (Tynjälä 2004, 176). Problematiskt är att forskare ser ut att använda sig av flera synonyma begrepp för den reflektiva kunskapen (se kapitel 3.2). En av de stora utmaningarna inom socialt arbete idag är, på vilket sätt teori, praxis och forskning skall sammanlänkas för att på bästa sätt gagna den sociala expertisen. Eftersom socialarbetare ute på fältet redan nu ser ut att ha svårigheter med att definiera den teoretiska kunskapskärnan för det egna arbetet, blir det ytterligare problematiskt p.g.a. begreppsförvirringen angående den reflektiva kunskapen. Frågan ser ut att vara relevant och utmanande också ur universitetens och högskolornas synvinkel, där man medvetet försökt reda ut och lösa det problematiska förhållandet mellan å ena sidan expertis och kunskapsproduktion och å andra sidan socialarbetarutbildningen. (Karvinen-Niinikoski 2005b, 73) Karvinen (1996, 38, 45) tar också upp problemet med kadertänkandet och elitismen inom den egna professionen, där en förhållandevis liten, men högt utbildad grupp ser ut att inneha bestämmanderätt i relation till den betydligt större, men mindre utbildade gruppen. Borgman (2007, 33-34) anser det vara viktigt att förstå att de förändrade strukturerna i socialt arbete också kräver förändringar i strukturen för utbildningen av socialarbetare.

En annan konsekvens av den diffusa teoretiska kunskapskärnan i socialt arbete ser svårigheten med att identifiera den egna yrkesidentiteten ut att vara. Enligt Borgman (2007; citerad av Simoska 2007, 34) ansåg sig de flesta socialarbetare i Sotennaundersökningen inneha en svagare yrkesidentitet än socionomerna. Detta är oroväckande. För att den egna yrkesidentiteten skall kunna stärkas, bör man som socialarbetare först vara förtrogen med den egna expertisen och med det egna arbetets särdrag (Isoheranen 2005, 19). Blennberger (24.11.2006) talar om vikten av att som socialarbetare ta ställning till den egna, etiska identiteten som socialarbetare. På basis av mina informanternas utsagor, ser det ut som socialarbetarna inom missbrukarvården skulle ha svårt att

definiera den egna expertisen. De flesta informanterna talade om att arbetet på A-kliniker idag är ganska likartat oberoende av om du är sjukskötare eller socialarbetare. Ur socialarbetets synvinkel är detta problematiskt: i tider av ekonomisk osäkerhet kan samhällets strävan efter att effektivisera insatserna leda till att den sociala synen förlorar kampen mot både det medicinska och det ekonomiska synsättet. (jfr Murto 2005c, 322; Johansson 2002, 122)

Det mångprofessionella teamet ser ut att vara A-klinikers styrka, förutsatt att teamet fungerar bra och fyller kriterierna för ett välfungerande team. Auvinen (1996, 174) talar om känslan av samhörighet och upplevelser av att ”göra samma sak”, som en sammanbindande länk för det mångprofessionella teamet på A-kliniker. En A-klinik behöver olika synsätt för att kunna fungera tillfredsställande. Olika yrkeskårens insats i A-klinikarbetet är en rikedom och en kraftaspekt inte bara ur klientens synvinkel, utan också ur en arbetshygienisk synvinkel. Att känna att man är en jämbördig medlem i arbetsgruppen och att man ”blåser åt samma håll, ökar trivselen och arbetsmotivationen för de enskilda arbetstagarna.

Socialarbetarens uppgift i det mångprofessionella teamet är att bidra med uppgifter om klienternas livs- och sociala situation. Socialarbetarens sakkunnighet omfattar också förståelsen för att missbruk inte är ett separat problem, utan att det har ett samband med flera olika saker. Karvinen (1996, 35) talar om den ”sociala synen”, med vilken hon avser socialarbetarnas kompetens att granska förhållandena mellan individen och samhället och mellan det privata och det offentliga. Intressant var att den egna expertisen såg ut att framträda bättre i sådana situationer, där socialarbetarna relaterade till andra yrkesgruppers expertis. Jämfört med andra yrkesgrupper har socialarbetarna en kunskap om sociala processer och ofta ett utvecklat, kritiskt tänkesätt. Informanterna i den föreliggande undersökningen talade om socialarbetarnas helhetssyn, om den samhällsrelaterade synen som man som socialarbetare har och som skiljer den egna professionen från t.ex. den medicinska. Den breda samhällssynen i kombination med närheten till människors liv, till praxisen, medför att socialarbetaren är en av de främsta experterna i samhället då det gäller att identifiera hur samhällsförändringar kan initieras på individnivå. Enligt Rantanen & Toikko (2005, 447) är det viktigt att försäkra sig om att den sociala

synen förstärks i framtiden, eftersom de medicinska, juridiska och pedagogiska synsätten i annat fall kan börja ifrågasätta och därmed också utmana den sociala expertisen.

Informanterna såg dock ut att uppfatta det multiprofessionella teamet som en självklarhet: behandlingen av missbruk har ända sedan 1950-talet baserat sig på ett mångprofessionellt kunnande, där utgångspunkten varit den att det behövs många olika synvinklar och ett brett kunnande för att närma sig problemen. (jfr Murto 2004a, 49) För att kunna bygga upp ett gemensamt kunnande i teamet måste man som professionell först vara medveten den egna professionens expertis och den egna kunskapskärnan. Först därefter är det möjligt att dela med sig av det egna kunnandet till andra i teamet (*delad social kognition*). Svårigheten med att definiera den egna expertisen har jag behandlat tidigare i kapitlet. Den delade kognitionen föds i dialogen med andra professioner och yrkeskåarer. Att tillsammans bygga upp en gemensam kunskap är en färdighet, som behöver inläras. Enligt Mönkkönen (1996, 59) är det just i brytningspunkten mellan olika motstridiga synsätt som en gemensam uppfattning om ett fenomen uppstår. Endast ett par av informanterna tog upp frågan kring delad social kognition, medan de andra nöjde sig med att konstatera, att kännetecknen på ett gott teamarbete är att man lyssnar på andra och att man själv får sin röst hörd. Det såg också ut att förekomma en rädsla i teamet för att ”trampa någon på tårna”. Några informanter talade om oviljan att rubba på relationerna i teamet genom att komma med en åsikt som avvek från de andras: hellre höll man tyst och koncentrerade sig på det egna arbetet. En annan informant ansåg att oförmågan i teamet att både ta emot och ge en saklig respons försvårade kommunikationen och därmed också möjligheten till en delad social kognition.

Det som överraskade mig mest i min undersökning var framträdandet av de spänningar, som såg ut att finnas *inom* den egna expertisen. Detta var något jag var helt oförberedd på. Enligt mitt förantagande skulle det största hotet mot det sociala arbetet komma utifrån, ifrån andra vetenskapsområden och professioner och inte inifrån det egna vetenskapsområdet och den egna professionen. En av orsakerna till denna konkurrens inom den egna professionen är att kartan för de sociala professionerna idag ser annorlunda ut jämfört med 1980-talet. På 1980-talet fanns det inga egentliga konkurrerande

professioner med socialarbetarna: man kan t.o.m. påstå att socialarbetarna som yrkeskår hade monopol på den sociala expertisen. Idag är situationen en annan till stor del p.g.a. socionomernas inträde på de sociala professionernas marknad. Den ständiga personalbristen bland socialarbetare har gjort det möjligt för socionomer att konkurrera om socialarbetarvakanser.

Vid sidan av den kamp om vem som har rätt att definiera och behandla missbruk, den sociala eller den medicinska expertisen, försiggår enligt Karvinen (1996, 37) också en kamp om makt och position *inom* den sociala professionen. Enligt Borgman (2006, 190) innebär ett hierarkiskt förhållningssätt till andra närliggande yrkeskårer inom den egna professionen också samtidigt att de samhällseliga påverkningsmöjligheter för hela den sociala branschen mycket snabbt smulas sönder, då de sociala professionerna i stället för att stöda varandra motarbetar varandra. För att förhindra spänningar och motsättningar inom den egna professionen bör arbetsfördelningen mellan främst socialarbetare och socionomer utredas och klargöras. Den nya lagen om behörighetsvillkor för yrkesutbildad personal inom socialvården förbättrade enligt Borgman (2006, 204) situationen, men fortfarande råder det ovisshet ute på fältet främst då det gäller vilka arbetsuppgifter socionomernas expertis och kunnande berättigar till. Idag har också de enskilda kommunerna en stor makt att själva bestämma över vem de anställer, även om behörighetsvillkoren i princip borde verka som styrinstrument för anställningsförfarandena inom den offentliga sektorn.

Den andra överraskningen för mig var trots allt det faktum, att det såg ut att finnas så litet motsättningar mellan den medicinska och den sociala expertisen ute på fältet. På de flesta möten<sup>4</sup> och sammankomster jag under de senaste åren deltagit i, har sakkunniga verksamma inom missbrukarvården gång på gång lyft fram och diskuterat farhågorna och hotbilderna beträffande den medicinska expertisens makt att definiera och behandla missbruk som sjukdom. På basis av resultaten för min undersökning ser det dock ut som om denna maktkamp åtminstone tillsvidare skulle försiggå på en högre, administrativ

---

<sup>4</sup> Jag är bl.a. medlem i direktionen för Kunnallinen päihdehuoltoyhdistys ry. Föreningen är grundad år 1984 för att trygga och utveckla den kommunala missbrukarvården. Direktionen består av ordföranden, 6 ordinarie medlemmar och 3 suppleanter. Direktionen sammankommer ca 7 ggr per år.



nivå, medan professionella verksamma på gräsrotsnivå inte känner av denna kamp. Detta har fått mig att reflektera över huruvida jag var för tidigt ute med min undersökning. Skulle resultatet med tanke på förhållandet mellan den sociala och den medicinska expertisen ha sett annorlunda ut, om undersökningen skulle ha utförts först om 5-10 år?

### **9.1 Undersökningens trovärdighet och generaliserbarhet**

Ett problem som man ofta stöter på inom kvalitativ forskning är, att man inte kan bevisa eller visa på det typiska eller generella i de skeenden som beskrivs. (Alasuutari 1994, 203; Bryman 1997, 170) Ett sätt att lösa problemet med generaliserbarhet i kvalitativ forskning är att under undersökningens gång hänvisa till tidigare gjorda undersökningar och tillbuds stående statistiska uppgifter. (Alasuutari 1994, 217)

Enligt standarduppfattningar av de bra och dåliga sidorna för olika metoder, får man med hjälp av kvantitativa metoder ytliga men tillförlitliga data, medan man med kvalitativa metoder får djupa men dåligt generaliserbara data. För att uppnå bästa möjliga resultat är en kombination av de vardera metoden att föredra. (Alasuutari 1994, 203; Bryman 1997, 170) För att öka på trovärdigheten har jag i mån av möjlighet också använt mig av kvantifiering, genom att skriva ut hur många av informanterna som varit av samma åsikt. (jfr Silverman 2000, 185)

Enligt Silverman 2004 (229-231) kan man försäkra sig om en tillräcklig reliabilitet vid intervju-undersökningar genom att använda sig av standardiserade metoder, där man bandar in alla intervjuer, transkriberar dem omsorgsfullt samt har med långa intervjuer inklusive intervjuarens frågor i rapporten. Enligt min bedömning har jag följt dessa råd med undantag av den sista punkten: främst p.g.a. utrymmesbrist har jag för det mesta inte skrivit ut mina intervjufrågor. Däremot har jag, i stället för några lösryckta meningar, valt att ha med tämligen långa avsnitt av informanternas uttalanden, för att läsaren bättre skall kunna bilda sig en egen uppfattning beträffande materialets trovärdighet.

I kvalitativa undersökningar brukar man tala om materialets mättnad eller saturation, då man vill beskriva situationen när nya fall inte längre ser ut att bringa något nytt med tanke på lösningen av forskningsproblemet. (Alasuutari 1998, 62) Kvale (1997, 97, 99) anser att antalet nödvändiga intervjupersoner beror på undersökningens syfte och att det också är skäl att hålla i minnet förhållandet mellan kvalitet kontra kvantitet: många intervjuundersökningar skulle enligt honom ha vunnit på att ha färre intervjuer, där det skulle ha blivit mer tid för forskaren för förberedelser och analys av intervjuerna. Själv hade jag från början tänkt mig att informanternas antal kunde ligga mellan sex (6) och tio (10). Redan då jag gjort de fyra (4) första intervjuerna började mönster och samstämmigheter framträda. Jag upplevde ändå att ett antal på fyra informanter skulle ha varit för litet för en kvalitativ undersökning. Dessutom representerade dessa fyra samma organisatoriska kontext, vilket gjorde att jag ville intervjua informanter även ifrån andra organisatoriska kontexter. De följande fyra (4) intervjuerna stödde de resultat som redan tidigare framkommit, samtidigt som de också tillförde nya synvinklar. Även om urvalet på åtta (8) informanter kan anses vara för litet för att man skall kunna dra några generella slutsatser, kan man ändå enligt mig se klara trender och mönster beträffande hur socialarbetarna å ena sidan uppfattar den egna expertisen och å andra sidan relaterar den egna expertisen till andra yrkesgruppers expertis i den multiprofessionella arbetsgruppen. På många punkter var informanterna överraskande samstämmiga.

Ett problem i kvalitativ forskning är ofta de kompromisser som görs i rapporteringen. I tematiseringens namn lämnas materialets analys till att enbart bestå av en samling citat, vilket leder till att analysen blir alltför ytlig. Ett rikligt användande av citat beskriver å ena sidan materialet grundligt, men gör å andra sidan rapporten onödigt bred och tung att läsa. Igen ett sparsamt användande av citat gör att läsaren ännu mer är på forskarens nåd. Citaten bör föregås eller åtföljas av forskarens analys eller tolkning. Enligt Eskola & Suoranta (1999) bör forskaren granska relationen mellan citat och övrig text om manuskriptet ser ut att innehålla mera citat av informanterna än vad det finns text av forskaren. Det är skäl att hålla i minnet att informanternas tal inte i sig kan betraktas som forskningens resultat. ( Eskola & Suoranta 1999, 181-182; Alasuutari 1994, 262-263; Repstad 1998, 117)

Bryman (1997, 170) och Silverman (2000, 10) talar om risken med anekdotism i kvalitativa undersökningar, där forskaren använder några få talande exempel utan att gå in på sådana utsagor som skulle vara motstridiga. Detta innebär att den kritiske läsaren är tvungen att fråga sig, om forskaren endast valt ut sådana delar av informationen som stöder hans uppfattning eller slutsats. (jfr Repstad 1998, 118) För att undvika detta har jag bemödat mig om att också få med avvikande åsikter, även om dessa har sett ut att gå stick i stäv med vad majoriteten av informanterna ansett. Jag har också strävat efter att allas röster skall bli hörda, även om det på basis av de använda citaten i avhandlingen kan se ut som om någons röst skulle ha blivit mer hörd än någon annans. Utrymmesbristen har gjort det nödvändigt att sälla bland citaten och välja de uttalanden, som varit mest klara och koncisa. En del av informanterna hade ett mycket träffsäkert sätt att uttala sig på, medan andra igen såg ut att behöva fler ord och längre meningar för att uttrycka samma sak. Jag har i rapporteringen strävat efter en växelverkan mellan teori och empiri, där informanternas citat antingen föregås eller följs av hänvisningar till vetenskapliga källor. (jfr Eskola & Suoranta 1999, 176)

Under forskningsprocessens gång har jag varit väl medveten om att min egen förståelse för det undersökta fenomenet kan ha påverkat mitt sätt att föra processen vidare till följande steg. Det är också möjligt att jag, då jag läst informanternas berättelser, undgått att lyfta fram något sådant som en utomstående forskare skulle ha gjort. Att forska i sitt eget arbete innebär alltid en risk för s.k. blinda punkter, där man som forskare inte ser vikten av att lyfta fram sådana saker till diskussion, som i första hand kan te sig alltför självklara för en själv.

Min egen förståelse för multiprofessionaliteten, de olika logikernas och den delade sociala kognitionens betydelse i samspel med andra yrkeskårer, utvecklades i själva verket först under själva analysen av mitt material. I och med att den egna förståelsen har utvecklats och fördjupats skulle det nu vara intressant att undersöka bl.a. frågan om hur den delade sociala kognitionen i praktiken konstrueras i teamet. En av utmaningarna då det gäller anammandet av en delad social kognition i det multiprofessionella teamet på A-kliniker är den stora individualismen, som ser ut att råda i vården och behandlingen:

klienterna uppfattades för det mesta av socialarbetarna i undersökningen som den enskilda socialarbetarens och inte som gemensamma för hela A-kliniken.

Ett annat intressant fenomen som kunde vara värt en egen undersökning är, hur socialarbetare på s.k. terapeutiska organisationer såsom A-kliniker handskas med element som vård, stöd och kontroll i en och samma klientrelation. I den föreliggande undersökningen framträdde detta dilemma inte alls, även om jag av egen erfarenhet vet att element av kontroll allt mer börjat komma in också i det sociala arbetet på A-kliniker. Nya klientgrupper och nya arbetsformer har lett till denna utveckling. Ett exempel på detta är barnskyddets vårdhänvisningar av missbrukande föräldrar till A-kliniken, som ser ut att bli allt vanligare. Med interventionen vill man trygga situationen för barnen genom att föräldrarna förbinder sig till att gå i vård. Kontroll i kombination med stöd och vård är centrala element i dessa vårdrelationer. Intressant vore att undersöka hur socialarbetaren på A-kliniken ser på denna balansgång mellan att å ena sidan tro och lita på klienten, men å andra sidan i egenskap av företrädare för barnets bästa, också vara tvungen att anpassa element som kontroll i vården. Hur går detta ihop med de centrala och bärande principerna för socialt arbete på A-kliniker: frivillighet, individens självbestämmanderätt och konfidentialitet?

Min förhoppning är, att jag med min undersökning kunnat bidra till att öppna diskussionen om den sociala expertisen på A-kliniker, om det korstryck mellan olika, sinsemellan och på olika nivåer försiggående processer, som präglar det sociala arbetet inom missbrukarvården i dag. I tider av osäkerhet och omstruktureringar på såväl samhälls- som organisationsnivå är det av särskild vikt att det sociala arbetet förmår argumentera för den egna professionen på samma arena som övriga professioner. För att det sociala arbetet skall kunna mäta sig med i synnerhet traditionellt starka professioner i framtiden (t.ex. den medicinska expertisen), bör socialarbetarna föra diskussioner om det sociala arbetet. Mutka (1998) talar om att socialarbetarna måste bryta sig loss ur tystnaden. Jag hoppas för egen del att jag med min pro gradu-avhandling kunnat bidra till att bryta denna tystnad, genom att sätta ord på det sociala arbete som utförs på A-kliniker.

## **9.2 Till sist**

Enligt Alasuutari (1994, 249) tar forskningsprocessen aldrig slut på det sättet att forskningsproblemet skulle bli löst, eftersom svaren på problemet alltid bara är en del av ett svar och en sida av en sanning. Att inse att en undersökning inte tar slut av sig själv, utan att den måste avslutas genom att man sammanställer en rapport över resultaten och därmed bokstavligen sätter punkt för undersökningen, har kanske varit en av de största utmaningarna. Det skulle finnas oändligt mycket mer att skriva om, men att kunna avsluta och begränsa är också en central del av forskningsprocessen. Samtidigt väcks också ofta nya frågor och nya teoretiska frågeställningar på basis av de svar som fåtts i undersökningen (Alasuutari 1994, 249).

På basis av andras avhandlingar ser det ut att vara kutym att skriva om den krävande och mödosamma processen, som arbetet med pro gradu-avhandlingen varit. Jag skulle dock vara mer benägen att lyfta fram en annan aspekt: att få en möjlighet att forska i sitt eget arbete har varit både givande och lärorikt. Det, att kunna kombinera en lång arbets- erfarenhet med de nyaste, vetenskapliga rönen i socialt arbete och med trenderna inom missbrukarvården, har betytt att jag på en begreppslig nivå kunnat sammanfläta praxisen med de teoretiska ramarna för socialt arbete. Tack vare studieledigheten har jag också haft möjlighet att distansera mig från det egna arbetet på gräsrotsnivå för att bättre kunna se och reflektera över fenomenen utifrån. Under arbetets gång har jag bl.a. själv mycket processat dilemmat med de olika yrkesbenämningarna som finns för det sociala arbetet på A-kliniker. Jag har gjort det klart för mig själv att eftersom det är socialt arbete som utförs på A-kliniker borde yrkesbenämningen vara socialarbetare. Även om ett arbete kallas för socialt arbete eller psykosocialt arbete behöver det inte tappa den terapeutiska aspekten och de positiva saker, som särskilt ser ut att förknippas med det sättet att jobba.

Jag är också tacksam över de många, fina och djupa berättelserna som jag haft möjlighet att ta del av via mina informanter. Jag är uppriktigt överraskad över att det ser ut att finnas så många duktiga, professionella socialarbetare ute på fältet, med en genuin känsla för att jobba med människor med missbruksproblem. Berättelserna påvisade framför-

allt det nära förhållandet som man som socialarbetare har till praxisen och till människors liv. Genom att skriva en pro gradu-avhandling, där fokus för avhandlingen är det sociala arbetet på A-kliniker, har jag haft möjlighet att sammanbinda dessa berättelser, praxisen, med teori och forskning.

Till sist vill jag avsluta med att ge en röst åt en av informanterna. Citatet beskriver på ett talande sätt hur vi socialarbetare kan ha svårt att känna oss stolta och nöjda över det egna yrket. Min förhoppning är att allt fler socialarbetare skulle kunna uttrycka sig med samma stolthetskänsla som Fanny. För att detta skall vara möjligt måste socialarbetarna inifrån den egna professionen och tillsammans börja diskutera och definiera det egna arbetet. På det sättet utkristalliseras den professionella identiteten som socialarbetare samtidigt som yrkeskårens position på den professionella kartan förstärks.

Men det här är ju mitt yrke! Att fan också, nog måste man ju få vara stolt över sitt yrke! Det är alltför många som gör det här utan en stolthetskänsla – att jag är nog stolt över mitt yrke och åt alla mina kamrater har jag berättat varför jag tycker om att göra det här. (Fanny, 59 år med över 20 års erfarenhet ifrån missbrukarvården)

## Referenser

Abbott, Andrew (1988) *The system of professions. An essay on the division of expert labor.* Chicago: The University of Chicago Press.

Ahonen, Jukka (1997) *A-klinikkatoiminnan taustaa. Tutkimus vapaaehtoisuuteen ja riippumattomuuteen perustuvaan hoitomuodon synnystä. A-klinikkasäätiön raporttisarja 22.* Helsinki: A-klinikkasäätiö.

Ahonen, Jukka (2005) *Päihdehuoltoa rakentamassa. A-klinikkasäätiö 1955–2005. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 51.* Helsinki: A-klinikkasäätiö.

Ahonen, Päivi (2004) *Sosiaalityö, yhteiskunnan muutos ja hyvinvointipolitiikka. I: Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä – artikkelikokoelma. Monisteita 2004:15.* Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 56-63.

Aili, Carola (2002) *Autonomi, styrning och jurisdiktion. Barnmorskors tal om arbetet i mödrahälsovården.* Stockholm: Pedagogiska institutionen vid Stockholms universitet.

A-klinikstiftelsen. Hämtad 13.6.2007 från:

[http://www.a-linikka.fi/hoitopalvelut/a\\_klinikkatoiminta/hoitomuodot.html](http://www.a-linikka.fi/hoitopalvelut/a_klinikkatoiminta/hoitomuodot.html)

(hoitopalvelut)

[http://www.a-linikka.fi/lahestymistavat/a\\_klinikkatoiminta/hoitomuodot.html](http://www.a-linikka.fi/lahestymistavat/a_klinikkatoiminta/hoitomuodot.html)

(lähestymistavat)

Ala-Nikkola, Merja & Sipilä, Jorma (1996) *Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. I: Metteri, Anna (red.): Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja.* Helsinki: Edita, 16–31.

Alasuutari, Pertti (1994) *Laadullinen tutkimus. 2. uudistettu painos.* Tampere: Vastapaino.

Anis, Merja (2004) *Sosiaalityö kehittyväksi muutostyöksi. I: Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä – artikkelikokoelma. Monisteita 2004:15.* Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 79–83.

Askeland, Gurid Aga (2006) *Kritisk reflekterende – mer enn å reflektere og kritisere. Nordisk Sosialt Arbeid 26 (2), 123–135.*

Auvinen, Anja (1996) *Moniammatilliset suhteet A-klinikkatyössä. I: Metteri, Anna (red.): Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja.* Helsinki: Edita, 165–177.

Beckman, Svante (1989) Professionerna och kampen om auktoritet. I: Selander, Staffan (red.): Kampen om yrkesutövning, status och kunskap. Professionaliseringsens sociala grund. Lund: Studentlitteratur, 57-88

Bergmark, Anders & Lundström, Tommy (2006) Mot en evidensbaserad praktik? – Om färdriktningen i socialt arbete. Socialvetenskaplig tidskrift 13 (2), 99-113.

Blennerger, Erik (2006) muntl. Föreläsning 24.11.2006: Etik och socialt arbete.

Borgman, Merja (2006) Sosionomit AMK 2015, 157–229. Hämtad 23.5.2007 från: [www.jyu.fi/ytk/laitokset/yfi/tutkimus/julkaisut/sotenna\\_loppuraportti\\_2006.pdf](http://www.jyu.fi/ytk/laitokset/yfi/tutkimus/julkaisut/sotenna_loppuraportti_2006.pdf)

Borgman, Merja (2007) Sotenna-hanke nosti koulutus- ja tehtävärakenteiden ongelmat näkyviksi. Citerad i Talentia 2/2007 av Simoska Maarit, 33–35.

Bryman, Alan (1997) Kvantitet och kvalitet i samhällsvetenskaplig forskning. Lund: Studentlitteratur.

Conrad, Peter (2000) Medicalization, Genetics and Human Problems. I: Handbook of Medical Sociology. New Jersey: Prentice-Hall.

Conrad, Peter (2005) The Shifting Engines of Medicalization. Journal of Health and Social Behaviour 46 (1), 3-14.

Esaiasson, Per m.fl. (2004) Metodpraktikan – konsten att studera samhälle, individ och marknad. Andra upplagan. Stockholm: Norstedts Juridik AB.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1999) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 3. painos. Tampere: Vastapaino.

Eteläpelto, Anneli (1997) Asiantuntijuuden muuttuvat määrittymiset. I: Kirjonen, Juhani & Remes, Pirkko & Eteläpelto, Anneli (red.): Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos, 86–102.

Etzioni, Amitai (1969) Preface. I: Etzioni, Amitai (red.) The Semi-Professions and their Organization. Teachers, Nurses, Social Workers, v-xviii. New York: The Free Press.

Fook, Jan (2005a) Kriittisen reflektion käyttömahdollisuuksista. FinSoc (Stakes)1, 4-10.

Fook, Jan (2005b) Kriittinen reflektiivisyys sosiaalityössä. FinSoc (Stakes)2, 22–27.

Granfelt, Riitta (1984) Alkavan sosiaaliterapeutin puheenvuoro. I: Aalto, Eva & Mäki, Jukka & Nissinen, Jussi & Österberg, Ingalill (red.): Kohtauspaikkana A-klinikka. Juhlakirja 30-vuotiaalle Helsingin A-klinikalle. A-klinikkasäätiön julkaisu n:o 8. Helsinki: A-klinikkasäätiö, 23–34.



Granfelt, Riita (1993) Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä. I: Granfelt, Riitta & Jokiranta, Harri & Karvinen, Synnöve & Matthies, Aila-Leena & Pohjola, Anneli: Modernisärmäinen sosiaalityö. Jyväskylä: Sosiaaliturvan keskusliitto, 177–227.

Granfelt Riitta (1998) Kertomuksia naisten kodittomuudesta. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.

Hakkarainen, Pekka & Tigerstedt, Christoffer (2005) Substitutionsbehandlingen genombrott i Finland. NAT (Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift) 22 (3-4), 249–266.

Harris, John (2005) Modernisoidut sosiaalipalvelut Isossa-Britanniassa: sosiaalityö liikeyrityksessä nimeltä McKunta. Janus 13 (2), 154–171.

Hirsijärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2000) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hugman, Richard (1996) Professionalization in social work: The challenge of diversity. International Social Work 39 (2), 131–147.

Hänninen, Jorma (1990) Suomalainen sosiaalityökeskustelu tulkintojen tuotoksena ja kohteena. Tutkimuksia A6. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitos.

Inkinen, Maria (1991) Sairaanhoidajana A-klinikkatoimessa. Kuvaus sairaanhoitajan työstä ja sen kehittämistarpeista. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 8. Helsinki: A-klinikkasäätiö.

Isoherranen, Kaarina (2005) Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: Dark Oy.

Jaatinen, Jaana (1996) Terapeuttinen keskustelutodellisuus. Diskurssianalyttinen tutkimus alkoholiongelmien sosiaaliterapeuttisesta hoidosta. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Tutkimuksia 72. Helsinki: Stakes.

Johansson, Anna (2005) Narrativ teori och metod. Med livsberättelsen i fokus. Lund: Studentlitteratur.

Johansson, Stina (2002) Den sociala omsorgens akademisering. Falköping: Liber AB.

Kananoja, Aulikki (2006) Päihdetyö ei ole tavaratuotantoa. Tarvitaan tapoja kuvata hyvinvointityön sisältöä. Tiimi 5, 27.

Karisto, Antti & Takala, Pentti & Haapola, Ilkka (1998) Finland i förvandling. Levnadsstandardens, livsföringens och socialpolitikens utveckling i Finland. Helsingfors: Capella Finland Oy.

Karvinen, Synnöve (1993) Metodisuus sosiaalityön ammatillisuuden perustana. I: Granfelt, Riitta & Jokiranta, Harri & Karvinen, Synnöve & Matthies, Aila-Leena & Pohjola, Anneli: Monisärmäinen sosiaalityö. Jyväskylä: Sosiaaliturvan keskusliitto, 131–173.

Karvinen, Synnöve (1996) Hajoaako sosiaalityö? Havaintoja sosiaalityön ammatillisesta asiantuntijuudesta. I: Metteri, Anna (red.): Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja. Helsinki: Edita, 32–50.

Karvinen, Synnöve (1998) Yrkeskunnande och självförståelse i socialt arbete. Nordisk Socialt Arbeid 1, 37–42.

Karvinen-Niinikoski, Synnöve (2005a) Reflektiivisyys ja asiantuntijuus. FinSoc (Stakes) 2, 18–21.

Karvinen-Niinikoski, Synnöve (2005b) Sosiaalityön opetus, tutkimus ja kehittyvä asiantuntijuus. I: Satka, Mirja & Karvinen-Niinikoski, Synnöve & Nylund, Marianne & Hoikkala, Susanna (red.): Sosiaalityön käytäntötutkimus. Helsinki: Palmenia-Kustannus, 73–96.

Karvinen-Niinikoski, Synnöve (2006) muntl. Föreläsning 10.11.2006: Kunskapsproduktion och expertis i socialt arbete.

Kaukonen, Olavi (2000) Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Tutkimuksia 107. Helsinki: Stakes.

Kaukonen, Olavi (2002) Päihdepalvelupolitiikka ja hyvinvointivaltion muutos. I: Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (red.): Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 137–166.

Kaukonen, Olavi (2005) Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. Yhteiskuntapolitiikka 70 (3), 311–322.

Kemppainen, Tarja & Koskinen, Simo & Pohjola, Anneli & Urponen, Kyösti (1998) Sosiaalityö epävarmuuden oloissa. Rovaniemi: Lapin yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunta.

Kemppainen, Tarja (2006) Sosiaalityöntekijät 2015. I: Sotenna-hanke. Sosiaalialan osaajat 2015, 230–284. Hämtad 23.5.2007 från:  
[www.jyu.fi/ytk/laitokset/yfi/tutkimus/julkaisut/sotenna\\_loppuraportti\\_2006.pdf](http://www.jyu.fi/ytk/laitokset/yfi/tutkimus/julkaisut/sotenna_loppuraportti_2006.pdf)

Kivipelto, Minna (2004) Sosiaalityön ammattilaisten yhteiskunnalliset orientaatiot ja työn kehittämisen haasteet. Janus (12) 4, 342–358.

Konttinen, Esa (1997) Professionaalinen asiantuntijatyö ja sen haasteet myöhäismodernissa. I: Kirjonen, Juhani & Remes, Pirkko & Eteläpelto, Anneli (red.): Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos, 48–61.

Kuusisto-Niemi, Sirpa & Kääriäinen, Aino (2005) Hiljaisen tiedon vallasta näkyvän tiedon valtaan – puheenvuoro tiedon näkyväksi tekemisen puolesta. *Janus* 13 (4), 452–460.

Kvale, Steinar (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kvalitetsrekommendation för missbrukarvården (2002) *Social- och hälsovårdsministeriets handböcker 2002:4*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands kommunförbund.

Käypä hoitosuositus. Hämtad 9.3.2007 från:  
[www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi) => alkoholiongelmaisen hoito  
[www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi) => huumeongelmaisen hoito

Laine, Terhi (2006) Työntekijäidentiteetit turvakodissa – etäisyyttä, kumppanuutta ja tulkintaa. *Janus* 14 (2), 139–152.

Laitila-Ukkola, Merja (2005) Päihdehuollon näköinen sosiaalityö. – Suomalaisen päihdehuollon sosiaalityötärinoita. Lisensiaattitutkimus. Sosiaalityön laitos. Lapin yliopisto.

Larsson, Stig (1993) *Sociala begrepp för livsförloppet. I: Tulevaisuus nykyisyydessä. Framtiden i nuet*. Helsinki: Yliopistopaino, 121–127.

Levin, Claes & Lindén, Gunilla (2006) *Psykologi och socialt arbete. I: Meeuwisse, Anna & Sunesson, Sune & Swärd, Hans (red.): Socialt arbete – en grundbok. Andra utgåvan*. Stockholm: Natur och Kultur, 75–93.

Maanittu, Maisa (1997) Paikkaansa etsivä sosiaalityö: voiko sosiaalityö tehdä itsensä tarpeettomaksi? I: Viialainen, Riitta & Maanittu, Maisa (red.): ”Tehdä itsensä tarpeettomaksi?” *Sosiaalityö 1990-luvulla. Raportteja* 213. Helsinki: Stakes, 21–26.

Meltti, Tero (2004) *Sosiaalityökeskustelu Januksessa vuosina 1992–2001*. *Janus* 12 (4), 393–411.

Metteri, Anna (1996) *Johdanto. I: Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja* (red. Metteri). Helsinki: Edita, 9-14.

Meeuwisse, Anna & Swärd, Hans (2006) *Vad är socialt arbete? I: Meeuwisse, Anna & Sunesson, Sune & Swärd, Hans (red.): Socialt arbete – en grundbok. Andra utgåvan*. Stockholm: Natur och Kultur, 27–74.

Murto, Lasse (2002) Päihdehuollon suomalainen malli kansainvälistyvässä ympäristössä. I: Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (red.): *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa*. Helsinki: Gaudeamus, 167–192.

Murto, L & Rautniemi, L & Fredriksson, K & Ikonen, S & Mäntysaari, M & Niemi, L & Paldanius, K & Parkkinen, T & Tulva, T & Ylönen, F & Saari, S (2004) Eettisyyttä, elastisuutta ja elämää. Yliopistojen sosiaalityön ja ammattikorkeakoulujen sosiaalialan arviointi yhteistyössä työelämän kanssa. Helsinki: Korkeakoulujen arviointineuvosto.

Murto, Lasse (2004a) Sosiaalityö vastuullisen hyvinvointipolitiikan välineenä. I: Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä – artikkelikokoelma. Monisteita 2004:15. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 44–55.

Murto, Lasse (2004b) Kestääkö A-klinikkatyön ideologia ajan haasteet? Tal vid Vanda A-klinikkväsendes 30-årsjubileum 18.11.2004.

Murto, Lasse (2005a) A-klinikkaverkosto: innovaatiosta instituutioksi. Anförande vid Päivyt-seminarium 19.9–21.9.2005.

Murto, Lasse (2005b) Mitä tietoa päihdetyön kehittäminen tarvitsee? Anförande vid Päivyt-seminarium 7.11.2005.

Murto, Lasse (2005c) Käytäntörelevanssi: haasteita sosiaalityön koulutukselle ja tutkimukselle. Janus 13(3), 316–328.

Murto, Lasse (2007) Moniammatillisen päihdetyön näkökulma kaksoisdiagnoosiin. Anförande vid Valtakunnallinen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisseminaari – samanaikaiset mielenterveys- ja päihdeongelmat palvelujärjestelmän haasteena 28.8.2007.

Mustajoki, Pertti (2003) Lääkäri ja medikalisaatio. Duodecim 119, 1869–1873.

Mutka, Ulla (1998) Sosiaalityön neljäs käänne. Jyväskylä: SoPhi.

Mäkelä, Rauno (2003) Päihdetyön tuloksellisuus: tutkimusnäyttöä vai käytännön viisautta. Tiimi 6, 4-6.

Mäki, Helmi (1996) A-klinikan ideaa ja arkea. Sosiaalityöntekijä ja psykiatri hoitotilissa 1956–1963. I: Ovenrakopuhe. Kolme kirjoitusta A-klinikkasäätiön alkuajoista. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 18, 17–45.

Mäki, Helmi (2006) Hyvä kysymys. Sosiaalityöntekijän asiakaskohtaisen työn sisältöä etsimässä 1960-luvulla. Satka, Mirja (red.). Jyväskylä: PS-kustannus.

Mäntysaari Mikko (1997) Sosiaalityön tulevaisuuden näkymiä. I: Viialainen, Riitta & Maanittu, Maisa (red.): ”Tehdä itsensä tarpeettomaksi?” Sosiaalityö 1990-luvulla. Raportteja 213. Helsinki: Stakes, 247–254.

Mäntysaari, Mikko (2007) Sotenna-hanke nosti koulutus- ja tehtävärakenteiden ongelmat näkyviksi. Citerad i Talentia 2/2007 av Simoska Maarit, 33–35.

Mönkkönen, Kaarina (1996) Asiantuntijasta asiantutkijaksi. I: Metteri, Anna (red.): Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja. Helsinki: Edita, 51–66.

Mönkkönen, Kaarina (2004) Työelämän sosiaalipsykologia ja suhteiden logiikka. Miten eri logiikat kohtaavat työelämässä? I: Eskola, Jari & Koski-Jännes, Anja & Lamminluoto, Eija & Saaranen, Anita & Saastamoinen, Mikko & Valtanen, Katja (red.): Uudet dilemmat ja sosiaalipsykologia. Kuopio: Kuopion yliopisto, 25–55.

Nuorvala, Yrjö & Metso, Leena & Kaukonen, Olavi & Haavisto, Kari (2004) Muuttuva päihdeasiakkuus. Päidetapauslaskennat 1987 – 2003. Yhteiskuntapolitiikka 69 (6), 608–618.

Nygren, Lennart (2000) Har socialt arbete en teoretisk kärna? I: Meuwisse, Anna, Sunesson, Sune & Swärd, Hans (red.): Socialt arbete. En grundbok. Falköping: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Opioidiriippuvaisten hoito. Hämtad 13.3.2007 från:

<http://stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/934/chapter5.htm>

Payne, Malcolm (2005) Modern Social Work Theory. Third edition. New York: Palgrave Macmillan.

Rajavaara, Marketta (1983) Sosiaalityön ammatillistumisesteet. Sosiaalipolitiikan pro gradu. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Rantanen, Teemu & Toikko, Timo (2005) Tarvittaisiinko sosionomitutkimusta? Janus 13 (4), 446–451.

Raunio, Kyösti (2004) Olennainen sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus Kirja.

Rautajoki, Arto (2007) Sosiaalialan AMK-osaaminen työelämässä selvitetään. Citerad i Talentia 2/2007 av Jaakkola Helena, 37.

Repstad, Pål (1998) Mellom nærhet og distanse. 3.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Ruisniemi, Arja (2006) Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Akateeminen väitöskirja. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 1150.

Saarnio, Pekka (2001) Mitkä tekijät vaikuttavat terapiasuhteen keskeyttämiseen avopäihdehoidossa? Yhteiskuntapolitiikka 66 (3), 224–232.

Saarnio, Pekka (2004) Päihdeongelmista toipumisen punaista lankaa punomassa. Yhteiskuntapolitiikka 69 (3), 287–299.

Salaspuro, Mikko (2005) Pitäisikö päihdehuollon medikalisaatiota lisätä, vähentää tai muuttaa? Anförande vid Päivyt-seminariet 19–21.9.2005.

Sandberg, Håkan (2006) *Det goda teamet. Om samarbete, arbetsklimat och samarbets-hälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Satka, Mirja (1993) *Hyvinvointivaltion sosiaalityöstä kansalaisten sosiaalityöksi*. I: Karvinen, Synnöve (toim.): *Sosiaalityön eettiset jännitteet. Sosiaalityön vuosikirja 1993*. Helsinki: Sosiaalityöntekijäin liitto & Painatuskeskus, 50–62.

Satka, Mirja (1995) *Making social citizenship. Conceptual practices from the Finnish poor law to professional social work*. Publications of social and political sciences and philosophy. Jyväskylä: University of Jyväskylä.

Satka, Mirja (1997) *Sosiaalityö ajassa – ydinkysymysten äärellä*. I: Viialainen, Riitta & Maanittu, Maisa (red.): ”Tehdä itsensä tarpeettomaksi?” *Sosiaalityö 1990-luvulla. Raportteja 213*. Helsinki: Stakes, 27–38.

Satka, Mirja (2005). *Sosiaalipoliittikan ja sosiaalityön suhde*. *Janus* 13 (3), 306–315.

Selander, Staffan (1989) *Förvetenskapligandet av yrken och professionaliserings-strategier*. I: Selander, Staffan (red): *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap. Professionaliseringens sociala grund*. Lund: Studentlitteratur, 111-124

Silverman, David (2000) *Doing Qualitative Research. A Practical Handbook*. Sage: London.

Silverman, David (2004) *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. Second edition. Sage: London.

Sipilä, Jorma (1996) *Sosiaalityön jäljillä*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sosiaaliportti hämtad 5.2.2006 från:

<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/Keskustelut/Viestit.aspx?groupID>

Sosweb-sosiaalityön työmenetelmät hämtad 28.4.2005 från:

<http://www.valt.helsinki.fi/yhpo/sosweb/sivut/juuret.htm>

Sotenna-hanke (Sosiaalialan osajat 2015) Hämtad 23.5.2007 från:

[www.jyu.fi/ytk/laitokset/yfi/tutkimus/julkaisut/sotenna\\_loppuraportti\\_2006.pdf](http://www.jyu.fi/ytk/laitokset/yfi/tutkimus/julkaisut/sotenna_loppuraportti_2006.pdf)

Suomalainen lääkäriseura (2005) *Alkoholiongelmaisten hoidosta vankkaa näyttöä*. *Lehdistötiedote* 11.4.2005.

Svenska Akademiens ordlista över svenska språket (SAO) (2006). *Trettonde upplagan*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.

Särkelä, Antti (2001) *Välittäminen ammattina*. Tampere: Vastapaino.

Takala, Jukka-Pekka & Lehto, Juhani (1988) Suomen alkoholihoiton kehitys ja ei-mediininen malli. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen vuosikirja 13 (1988), 105–125.

Talentia hämtad 15.5.2006 från:

<http://www.talentia.fi/index.php?m=5&s=5&did=376>

Tanninen, Hanna-Mari & Pietilä, Anna-Maija & Häggman-Laitila, Arja & Vehviläinen-Julkunen, Katri (2005) Moniammatillinen tiimi- ja verkostotyö: haastattelututkimus perhetyöntekijöille. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 42 (2), 127–136.

Toikko, Timo (2005) Sosiaalityön ideat. Johdatus sosiaalityön historiaan. Tampere: Vastapaino.

Toren, Nina (1969) Semi-Professionalism and Social Work: A Theoretical Perspective. I: Etzioni, Amitai (red) The Semi-Professions and their Organization. Teachers, Nurses, Social Workers. New York: The Free Press, 141-195.

Torstendahl, R.(1989). Professionalisering, stat och kunskapsbas. Förutsättningar för en teoribildning. I: Selander, Staffan (red): Kampen om yrkesutövning, status och kunskap. Professionaliseringens sociala grund. Lund: Studentlitteratur, 23–36

Tuomainen, Raimo & Myllykangas, Markku & Elo, Jyrki & Ryytänen, Olli-Pekka (1999) Medikalisaatio – aikamme sairaus. Tampere: Vastapaino.

Tynjälä, Päivi (2004) Asiantuntijuus ja työkuulttuurit opettajan ammatissa. Kasvatus (2), 174–190.

Vind, Leif (2006) En organisations sociologisk tilgang til indføring af evidensbaseret praksis i misbrugsbehandling. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift (NAT) 23 (5), 323–341.

Villikka, Heidi (2004) Selvitys huumeiden käyttäjien hoitoon suunnatun vuoden 2002 valtionavustuksen käytöstä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:12. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Helsinki: Vuorensyrjä, Matti & Borgman, Merja & Kemppainen, Tarja & Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli (2006) Sotenna-hanke. Sosiaalialan osajat 2015.

Hämtad 23.5.2007

från:[www.jyu.fi/ytk/laitokset/yfi/tutkimus/julkaisut/sotenna\\_loppuraportti\\_2006.pdf](http://www.jyu.fi/ytk/laitokset/yfi/tutkimus/julkaisut/sotenna_loppuraportti_2006.pdf)

Vuorikoski, Marjo (1999) Sosiaalityön professionalistuminen ja koulutus. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 687.

Väärälä, Reijo (2005) Sosiaalialan kehittämishankkeelle lisää vauhtia. Sosiaaliturva 93 (17), 22–23.

Övretveit, John (1995) Moniammatillisen yhteistyön opas. Helsinki: Sairaanhoitajien koulutussäätiö.

Lagar och förordningar:

Lagen om missbrukarvård 17.1.1986/46 ([www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1986](http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1986))  
(hämtad 15.2.2007)

Lagen om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården  
29.4.2005/272 ([www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2005/20050272](http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2005/20050272)) (hämtad 12.5.2007)



## BILAGA 1. INTERVJUGUIDEN

### 1. BAKGRUND/INLEDNING

- Hur länge har du jobbat på den här A-kliniken
- Arbetshistoria - vad jobbat med innan?
- Vilken utbildning har du (examen)
- Har du någon terapi- eller metodutbildning
- Din ålder
- Är du socialarbetare eller socialterapeut – vad tänker du om den yrkesbenämningen du har
- Hur ser arbetsgruppen ut – vilka andra yrkesgrupper finns det i arbetsgruppen
- Varför är du intresserad av att jobba inom missbrukarvården
- Hur trivs du med att jobba inom missbrukarvården - hur länge har du tänkt stanna

### 2. ARBETSUPPGIFTER/KUNSKAPSKÄRNAN

- Vilka är dina målsättningar i ditt arbete
- Hur vet du att du lyckats i ditt arbete - misslyckats
- Vill du berätta vad du gör i ditt arbete som socialarbetare/socialterapeut på A-kliniken
- Beskriv en vanlig arbetsdag, vad gjorde du i går – var det en typisk arbetsdag? Om inte - vari låg skillnaden?
- Finns det problem just nu i din arbetsvardag - hurudana
- Beskriv ditt eget kunnande som socialarbetare inom missbrukarvården (**den egna kunskapskärnan**) – vad består ditt kunnande av – vad baserar det sig på
- Hur upprätthåller du din kunskap, ditt kunnande
- Vilken är kärnan i socialarbetarens kunnande - det specifika kunnandet, vad är unikt för socialarbetaren, vad gör det så unikt?
- Anser du att det finns andra yrkesgrupper som kan göra samma jobb - finns det något som du som socialarbetare har ”monopol” på
- Hur skiljer sig ditt arbete från sjukskötarens arbete på en A-klinik

### 3. MÅNGPROFESSIONELLT TEAMARBETE

- Hur ser det mångprofessionella team-arbetet ut hos er – hur fungerar det
- Vilken är socialarbetarens position i teamet – har det skett förändringar under din tid, får du som socialarbetare din röst hörd i teamet
- Har teamet en gemensam och uttalad syn på missbruksproblem - på vad som orsakar missbruk o beroende
- Vilka är de viktigaste kännetecknen på ett bra och välfungerande mångprofessionellt team-arbete enligt dig

#### 4. MEDIKALISERING

- Hur ser du som socialarbetare på alkoholproblem och missbruk – är missbruk en *sjukdom eller ett socialt problem*
- Vad tänker du om begreppet medikalisering – hur förstår, tolkar du det
- Vad tänker du om medikaliseringen av missbrukarvården – vad tror du att är orsaken till den - vilka uttryck tar den sig på din A-klinik, hur syns den i ditt jobb – vilken betydelse tror du att medikaliseringen kommer att ha för det sociala arbetet
- Socialarbetare inom missbrukarvården kritiserar för att motsätta sig medikalisering  
– vad tänker du som socialarbetare om denna kritik: hur skall man bemöta den, är den befogad
- Finns det direkta motsättningar, konkurrens (konflikter) mellan socialt arbete – medicinskt kunnande i missbrukarvården  
– vilka uttryck tar de sig; hur syns de i praktiken

#### 5. FRAMTIDSVISION

- Hur ser du på socialarbetets framtid inom missbrukarvården/på A-kliniker
- Enligt SWOT:  
– vilka är socialarbetets styrkor, svagheter, möjligheter och hotbilder enligt dej?

**BILAGA 2. BREVET TILL INFORMANTERNA**

30.8.2006

Bästa A-klinik föreståndare

Vårt brev gäller en undersökning om socialt arbete på A-kliniker. Undersökningens syfte är att kartlägga socialarbetarens arbete och arbetsroll på A-kliniker. Undersökningen görs som en pro gradu-avhandling inom socialt arbete vid Svenska social- och kommunalhögskolan vid Helsingfors universitet.

De centrala teman i intervjun är hur socialarbetare ser på sitt arbete, sitt kunnande och sin expertis som de som socialarbetare besitter inom missbrukarvården, samt vilka erfarenheter de har av att samarbeta i ett mångprofessionellt arbetsteam. Vi hoppas att socialarbetare inom missbrukarvården kommer att ha nytta av den här undersökningen.

Undersökningen genomförs som individuella intervjuer med socialarbetare vid olika A-kliniker och jag, Monica Blomqvist-Åkermarck, (tel. 050-500 3836; e-mail: [monica.blomqvist-akermarck @elisanet.fi](mailto:monica.blomqvist-akermarck@elisanet.fi)) fungerar som intervjuare och svarar gärna på alla frågor angående undersökningen.

Avsikten är att intervju 6-10 socialarbetare för undersökningen och vi hoppas att du vänligen informerar om undersökningen till alla socialarbetare på din A-klinik. Socialarbetare kan gärna kontakta mig direkt för att komma överens om en intervju, eller så kan du vänligen förmedla kontaktuppgifter på den eller de socialarbetare som ställer upp på intervjun. Intervjuerna kommer att äga rum i september och oktober, men det är också så möjligt att komma överens om annan tidpunkt. Det är skäl att reservera 1 – 2 timmar tid för intervjun. Intervjun kan genomföras på arbetsplatsen eller på något annat överenskommet ställe.

Intervjuerna är helt frivilliga och konfidentiella. Undersökningsresultaten kommer att presenteras enbart som en sammanfattning så att enskilda individer inte går att känna igen. Själva intervjumaterialet kommer endast att läsas av mig och min handledare, universitetslektor Annika Lillrank. Efter att undersökningen är slutförd förstör jag allt intervjumaterial.

Vi hoppas på ett positivt bemötande på vår förfrågan.

Hjärtligt tack för allt besvär och en önskan om en trevlig höst!

Monica Blomqvist-Åkermarck, Pol.kand  
Pol.stud.  
050-500 3836  
[monica.blomqvist-akermarck@elisanet.fi](mailto:monica.blomqvist-akermarck@elisanet.fi)

Annika Lillrank, Docent  
Universitetslektor  
09-1912 8771  
[annika.lillrank@helsinki.fi](mailto:annika.lillrank@helsinki.fi)

