

# Beroendeteamet: en bio-psyko-social smältdegel

## Läkare, psykologer och socionomer samverkar inte fullt ut – trots att de vill

**CLAUDIA FAHLKE**, professor, leg psykolog  
claudia.fahlke@psy.gu.se  
**SVEN G CARLSSON**, professor emeritus, leg psykolog; båda psykologiska institutionen, Göteborgs universitet

Den svenska beroendevården har nyligen granskats av en särskild utredare åt regeringen på uppdrag av dåvarande barn- och äldreminister Maria Larsson. Man fann en rad problem med hur dagens beroendevård för alkohol- och narkotikaproblem fungerar och lade därför fram drygt 70 förslag på hur dessa utmaningar kan hanteras [1]. Ett förslag rör behovet av att förstärka kravet på samverkan mellan kommuner och landsting, vilket i praktiken innebär att olika yrkesgrupper anställda av respektive huvudman bör samverka i större utsträckning.

En bakomliggande svårighet som kan skönjas i utredningens analyser hänger samman med den splittring som finns mellan yrkesprofessioner som är inriktade på att arbeta med endera medicinska, psykologiska eller sociala problem, tex mellan yrkesgrupperna läkare, psykologer och socialsekreterare (socionomer). Man kan tänka sig att de representerar var sin sida av synen på beroendet, på dess orsaker och på omhändertagandet: ett biologiskt, ett psykologiskt respektive ett socialt perspektiv.

### Många obesvarade frågor om attityder

Vilka attityder till dessa frågor finns i dagens vård av alkohol- och narkotikaberoende? Hur samarbetar man yrkesgrupperna emellan? Är man nöjd med samverkansformerna? Hur ser man på betydelsen av den egna kunskapstraditionen i relation till de synsätt som förvaltas av de yrkesgrupper man samarbetar med?

I den internationella litteraturen finner man få studier som jämför olika professioners föreställningar och attityder rörande beroendeproblem. I allmänhet har värderings- och prioriteringsfrågor undersökts. I en svensk studie jämfördes allmänläkares och sjuksköterskors självskattade kunskaper om beroende samt deras motivation för att närma sig sådana problem kliniskt [2]. Läkarnas attityder visade sig mer positiva, medan båda grupperna bedömde sin förmåga att hantera alkoholrelaterade problem som lägre än förmågan att hantera andra livsstilsproblem [2].

En kanadensisk enkätstudie [3] som berörde specifika behandlingsformer visade att läkare i högre grad än övriga (»social workers« respektive »counselors«) visade tilltro till medicinsk behandling och till föreställningen att alkoholism är en sjukdom. En brasiliansk studie [4] ställde bl a frågor om alkoholmissbrukets etiologi till en stor blandad grupp av vårdpersonal, men redovisade inga jämförelser mellan de olika professionella kategorierna.

De obesvarade frågorna är många, och för att söka svar på några av dem utformade vi en enkät som distribuerades till läkare, psykologer och socialsekreterare verksamma inom beroendevården. Vi är medvetna om att även andra yrkeskategorier, tex sjuksköterskor, är verksamma i beroendevården, men vi valde att begränsa oss till de tre nämnda kategorierna,

### »Den totala 'samverkanen' var som synes lägst bland läkarna...«

eftersom de tydligt representerar det biomedicinska, psykologiska och sociala perspektivet.

#### METOD

Det finns inga officiella nationella register över läkare, psykologer och socionomer verksamma inom svensk beroendevård. Därför användes medlemsförteckningar från nätverk och föreningar för respektive yrkeskategori som arbetar inom kommun eller landsting med beroendevård. Det rör sig således om ett bekvämlighetsurval, vilket innebär att vi inte kan hävda att studiens material är strikt representativt.

Vi gjorde först en webbadministrering, som kompletterades med ett brevutskick till dem vars e-postadresser saknades. Vi fick slutligen in svar från 46 läkare, 65 psykologer och 30 socialsekreterare. Grovt skattat var det för läkarnas del ungefär hälften av dem som var listade som besvarade enkäten, för psykologernas del väsentligt mer än hälften och för socialsekreterarnas del betydligt mindre än hälften av den grupp som arbetar i flerprofessionella team med behandlingskrävande beroendeproblem. Av dem som besvarade enkäten var drygt hälften (55 procent) 50 år eller äldre, 15 procent 40–49 år, 22 procent 30–39 år och 8 procent under 30 år. Kön fördelningen var ungefär jämn (56 procent kvinnor).

#### RESULTAT

##### Attityder till samverkan

Enkätens första fråga lød: »Om du bedömer ditt dagliga arbete med klienter/patienter med missbruk/beroendeproblem i stort: I hur stor del av fallen samverkar du med: Läkare? Socialsekreterare? Psykolog?« Svaren angavs i procent, och teoretiskt kan den totala summan av de tre skattningarna variera mellan 0 procent (ingen samverkan med någon annan yrkesgrupp, inklusive den egna yrkesgruppen) och 300 procent (ständig samverkan med samtliga tre kategorier, inklusive den egna). Svaren fördelade sig enligt Figur 1.

Den totala »samverkanen« var som synes lägst bland läkarna; de skilde sig signifikant från såväl socialsekreterarna ( $P = 0,019$ ) som psykologerna ( $P = 0,004$ ). Socialsekreterarna uppgav relativt låg grad av samverkan med andra yrkesgrupper än den egna. Av psykologerna uppgav 53 procent att de samverkade med läkare, medan den spegelvända skattningen (andel fall där läkare anger samverkan med psykolog)

#### SAMMANFATTAT

**Det är inte ovanligt** att olika yrkesgrupper inom beroendevården har skilda synsätt på vad som orsakar beroendeproblem och hur ett beroendetillstånd ska omhändertas.

**Det finns dock** ett uttalat behov av att samverka; framför allt

önskar läkare samverka med socionomer och vice versa. **Trots viljan till** mer samverkan kring en patient anser ändå varje yrkesgrupp att forskning inom deras egen profession bäst förklarar möjliga orsaker till varför ett beroendeproblem utvecklas.

## KLINIK & VETENSKAP ORIGINALSTUDIE

var mindre än hälften, 24 procent – ett svårtolkat förhållande.

Det faktiska samarbetet kan ju begränsas av hindrande omständigheter, och därför ställdes frågan: »När det gäller samverkan kring en klient/patient: Önskar du att samverkan skulle minska eller öka i omfattning?» Svartalerna var »Borde minska», »Lagom som det är», »Borde öka». Bara någon enstaka önskade minskad samverkan; nästan alla valde något av de två övriga alternativen, varför vi nöjer oss med att i Figur 2 rapportera andelarna i de tre grupperna som önskade att samverkansgraden skulle öka.

Läkarna, vilka vi nyss såg angav lägst grad av samverkan överlag, visade sig alltså i sina svar på denna fråga eftersträva ökad kontakt med de två andra grupperna. Här var det psykologerna som uppvisade lägst önskan om ökad samverkan. Skillnaden mellan dessa två grupper när det gäller hur man bedömer behovet av samarbete var signifikant ( $P=0,049$ ). Man ser en önskan hos en majoritet av socialsekreterarna om ökad samverkan med läkare, och en komplementär önskan hos läkarna.

Enkäten innehöll en öppen fråga om ökad samverkan: »Har du några egna idéer om former för tvärprofessionell samverkan, som du skulle vilja se förverkligade?» Bland de många förslagen dominerade en önskan om ökad och mer strukturerad teamsamverkan: »Relativt regelbundna möten för allmänna 'fallobundna' diskussioner, och 'lära känna varandra'-möten»; »[samverkan] måste ske systematiskt [...], det måste finnas dokument för hur samverkan ska gå till». Önskemål av denna typ framfördes av alla tre yrkesgrupperna.

Bland svaren finner man argument för interprofessionell samverkan, t ex: »Det finns massor av vetenskap [och] erfarenhet som starkt talar för att man ska arbeta tvärprofessionellt [...] ställt utom allt tvivel att man måste samverka kring individen om man ska få ett hållbart resultat.»

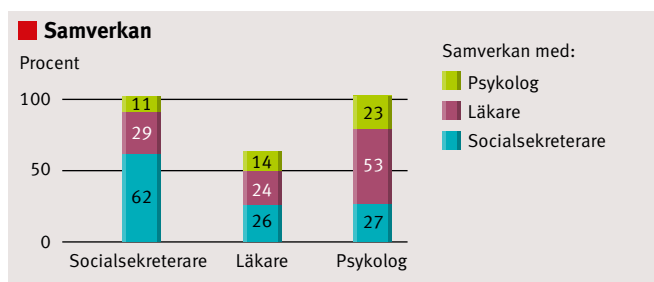
### Synen på orsaksbakgrunden

Hur ser man inom de tre yrkesgrupperna på den grundläggande frågan om beroendeproblemens orsaksbakgrund? Vi frågade: »Om du försöker sammanfatta din uppfattning om orsakerna till de missbruks- och beroendeproblem som du möter i din verksamhet, hur stor vikt vill du lägga vid de tre kategorierna nedan: Biologiska; Sociala; Psykologiska? (Ange procenttal så att summan blir 100 %).» Procentfördelningarna i de tre yrkesgrupperna skiljde sig tydligt åt (Figur 3).

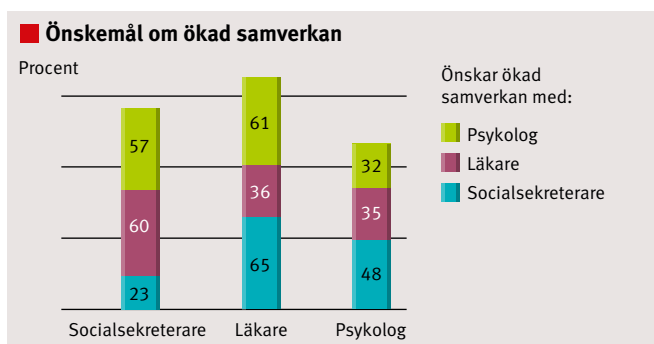
Man ser (inte oväntat) en tendens att uppvärdera »det egna» kunskapsområdets betydelse. Socialsekreterare och psykologer förmedlade likartade uppfattningar med en relativ nedvärdering av biologiska orsakers betydelse, medan läkarna i genomsnitt lade ungefärligen lika vikt vid de tre orsakstyperna. En variansanalys visade att grupperna skiljde sig signifikant åt när det gällde synen på vad som orsakar missbruk/beroende (gäller alla tre orsakstyperna). Läkarna skiljde sig signifikant från de två andra yrkesgrupperna när det gällde synen på såväl biologiska som psykologiska orsakers betydelse (genomgående  $P < 0,001$ ). Effektstorleken av alla dessa differenser (mätt med Cohens  $d =$  standardiserad medelvärdeskillnad) är större än 0,80, vilket konventionellt tolkas som »stora» differenser.

Vi närmade oss samma typ av problemställning med nästa fråga, där man ombads fördela 100 miljoner kronor till tre »spetsprojekt inom missbruks-/beroendeforskning» som handlar om analys av beroendets medicinska, psykologiska respektive sociala orsaker. Som förväntat ser vi liknande gruppskillnader som vid föregående fråga (Figur 4).

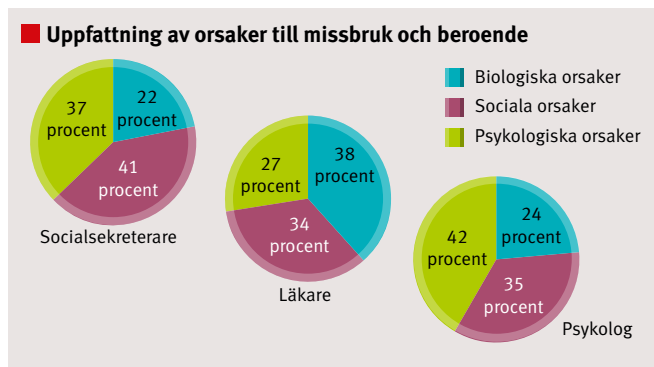
Socialsekreterare och psykologer förenade sig här i en starkt begränsad benägenhet att prioritera den biomedicinska beroendeforskningen. Psykologerna ville i genomsnitt satsa nästan halva potten på den egna disciplinens forskare. Grup-



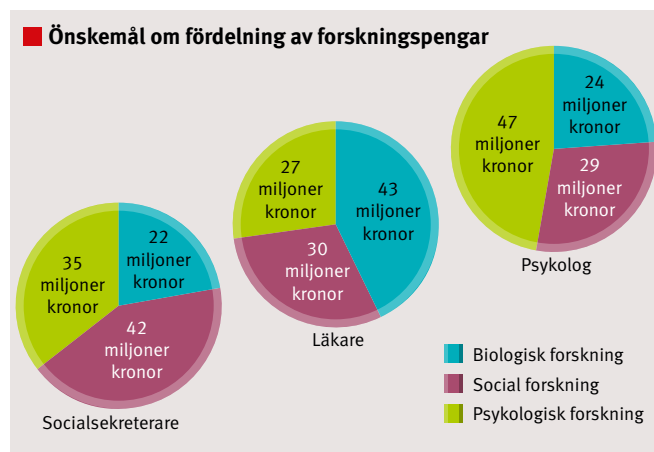
Figur 1. De tre yrkesgruppernas uppskattning av i hur stor del av fallen som de samverkade med de andra professionerna.



Figur 2. Andelar av de tre yrkesgrupperna som önskade ökad samverkan.



Figur 3. De tre yrkesgruppernas uppfattning av de procentuella andelarna av biologiska, psykologiska och sociala orsaker till missbruk och beroende.



Figur 4. De tre yrkesgruppernas önskade fördelning av 100 miljoner kronor på tre projekt med olika inriktning: biologiska/medicinska, psykologiska eller sociala orsaker till missbruk.

## KLINIK & VETENSKAP ORIGINALSTUDIE

### »... missbruk/beroende är ett biopsykosocialt problem som är i stort behov av ett optimalt möte mellan ... biologisk, psykologisk och social kunskap.«

perna skiljde sig signifikant ( $P < 0,001$ ) när det gällde alla tre anslagsändamålen: många parvisa differenser visar sig statistiskt säkerställda, tex var läkarnas satsning på biologisk forskning signifikant större än de två andra gruppernas (båda  $< 0,001$ ), och detsamma gällde läkarnas återhållsamhet när det gällde medel till psykologisk forskning, i jämförelse med psykologgruppens egen bedömning. Alla de nämnda parvisa differenserna motsvarades av »stora« värden på Cohens d.

#### DISKUSSION

Trots tendensen att vilja ha mer samverkan kring en klient/patient inom beroendevården ansåg ändå varje yrkesgrupp att forskningen inom deras egen profession bäst förklarar möjliga orsaker till att en person utvecklar problem med alkohol och/eller narkotika. Likaså menade man att forskning inom den egna disciplinen bör få störst andel forskningsstöd.

Här finns en paradox. Å ena sidan finns behov av ökat tvärprofessionellt samarbete, å andra sidan menar man att det bör ges mer finansiellt stöd till det egna vetenskapsområdet, trots att man samtidigt anser att det är just det egna området som redan vet mest om/bäst kan förklara beroendefenomenet. Den splittrade inställningen, att både vilja stärka samarbete och satsa mer på eget, återfinns också inom den akademiska beroendeforskningen: man ser ofta uttryck för en vilja att arbeta tvärvetenskapligt samtidigt som den egna forskningsdisciplinen ses som överlägsen.

Grupperna skiljde sig en del från varandra i hur man förhöll sig till de andra disciplinerna. Läkarna hade, jämfört med de andra grupperna, en något större öppenhet i sin syn på orsaksbakgrund och i sin tänkta fördelning av forskningsmedel. En detaljgranskning visar att 35 procent av läkarna lade >33 procent vikt vid sociala orsaker till beroendet (medan endast 7 procent av socialsekreterarna lade >33 procent vikt vid biologiska faktorer).

Ungefär samma förhållande gällde penningfördelningen: 30 procent av läkarna ville ge >33 procent till social forskning (medan endast 10 procent av socialsekreterarna ville ge mer än 33 procent av totalsumman till biologisk forskning). Skillnaderna mellan läkare och psykolog var likartade men inte lika uttalade. Den asymmetriska relationen mellan läkares och socialsekreterares syn på den andra disciplinen är överraskande med tanke på att båda samtidigt uttryckte en önskan om ökat samarbete. I det praktiska arbetet med svåra

missbruksfall är det lätt för socialsekreterare att uppleva behov av medicinska åtgärder, och för läkaren är behovet av hjälp med att lösa »sociala problem« säkert lika påträngande. I jämförelse med socialsekreteraren och läkaren tycktes psykologen uppleva sin medverkan som lite mer perifer. Behovet av psykoterapeutiska insatser ter sig kanske inte lika trängande som medicinska och sociala åtgärder. Det skulle vara intressant att veta mer om hur teamarbetet fungerar.

Med reservation för att våra stickprov är av bekvämlighetstyp, är vårt intryck av studiens kvantitativa och kvalitativa data att de potentiella samverkansmöjligheterna i mötet mellan professionerna kanske inte tillvaratas fullt ut. Relevant vetenskaplig litteratur om tvärprofessionellt teamarbete vid behandling av alkohol-/narkotikaproblem är begränsad, men kunskaper om hur vårdteam generellt fungerar och borde fungera är mer lättillgängliga [5, 6]. Vi menar att missbruk/beroende är ett biopsykosocialt problem som är i stort behov av ett optimalt möte mellan företrädare för biologisk, psykologisk och social kunskap.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

#### REFERENSER

1. SOU 2011:35. Bättre insatser vid missbruk och beroende. Del 1. Stockholm: Socialdepartementet; 2011.
2. Geirsson M, Bendtsen P, Spak F. Attitudes of Swedish general practitioners and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol consumptions. *Alcohol Alcohol*. 2005;40:388-93.
3. Meza EE, Cunningham JA, el-Guebaly N, et al. Alcoholism: beliefs and attitudes among Canadian alcoholism treatment practitioners. *Can J Psychiatry*. 2001;46:167-72.
4. de Vargas D. Construct validation of the scale of attitudes toward alcohol, alcoholism and individuals with alcohol use disorders [artikel på portugisiska]. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2013;41:106-11.
5. Thylefors I, Persson O, Hellström D. Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *J Interprof Care*. 2005;19:102-14.
6. Thylefors I. Does time matter? Exploring the relationship between interdependent teamwork and time allocation in Swedish interprofessional teams. *J Interprof Care*. 2012;26:269-75.

#### ■ SUMMARY

Medical doctors, psychologists and social workers are often collaborating in health care units for substance addiction. In a survey answered by 141 persons with any of these professions, they communicated somewhat disparate views on the causes of addiction, and how our knowledge of addiction could be best promoted. At the same time, they expressed a demand for intensified forms of inter-professional team collaboration. There seems to be a need to improve the understanding and acceptance between the different professions.