



"Beroendet handlar om relation"

- En studie om synen på substansmissbruksproblematik bland yrkesverksamma inom missbruksvård och förebyggande arbete.

Adi Hrustic

**Examensarbete 15 hp
Institutionen för individ och samhälle
Human Factors
Högskolan Väst, Trollhättan
Vårtermin 2013
Handledare: Elisabeth Punzi
Examinator: Kathe Nonås**

"Beroendet handlar om relation"

- En studie om synen på substansmissbruksproblematik bland yrkesverksamma inom missbruksvård och förebyggande arbete

Sveriges missbruksproblematik är idag avsevärd och växande. Studier och utredningar har visat att allt fler individer undviker att söka hjälp för missbruksproblem. Det uppfattas inte bara finnas hinder för att bli missbruksfri utan också för att söka hjälp inom missbruksvården. Syftet med denna studie var att undersöka hur behandlare inom olika verksamheter uppfattar att substansmissbruk utvecklas och vilka hinder som uppstår i behandlingsprocessen. Syftet var även att undersöka hur det i Sverige idag arbetas för att motverka substansmissbruk. Sex deltagare som arbetade inom behandlingsverksamheter eller i förebyggande verksamheter intervjuades. Samtliga intervjuer analyserades kvalitativt med hjälp av tematisk analys. Därefter sammanställdes analyserna för att kunna analyseras mer omfattande. Resultat visade att positiva sociala alternativ sågs som avgörande för att komma ur ett missbruk. Substansmissbrukarna hade ofta psykiska och sociala besvär bakom sig i livet, som hindrade individerna att etablera fungerande sociala relationer. Det framkom även att kommunikationsbrister bland nätverkande verksamheter skapade hinder för patienterna under behandling, vilket kunde uttryckas i missförstånd och feldiagnoser. Slutsatsen av studien var att behandlingsprocesser borde fokusera mer på substansmissbrukares möjlighet till sociala relationer om individerna ska lyckas läka. Utvecklingsmöjligheterna för verksamheterna och framför allt behandlare borde också uppmärksammas, där behandlarnas erfarenhetskunskaper borde ges mer utrymme att påverka framtida behandlingsinsatser.

Nyckelord: missbruk, beroende, hinder, kommunikation, relationer, behandling, förebygga

"Addiction is all about relationship"

- A study on the perception of substance abuse problems among professionals in addiction treatment and prevention

Sweden's substance abuse problems are significant and continuously growing. Studies and surveys have shown that an increasing number of people avoid seeking help for their addiction. Not only does there seem to exist obstacles for becoming abstinent, but there're also obstacles regarding the seeking of help for addiction treatment. The aim of the study was to investigate how therapists in different establishments perceive how substance abuse develops and the obstacles that arise in the treatment procedures. The aim was also to examine how Sweden today is working regarding the prevention of substance abuse. Six participants who worked with treatment or preventive measures were interviewed in the study. All the interviews were analyzed qualitatively using thematic analysis. These were compiled together for a more extensive analysis. Results showed that positive social options were shown to be the key to getting out of an addiction. Substance abusers often had psychological and social issues in their past life that prevented them from establishing healthy social relationships. The study also revealed that communication deficiency among networking establishments created barriers for patients during treatment, which were expressed in misunderstandings and misdiagnoses. The conclusion of the study was that the treatment procedures

should focus more on the abusers possibility of creating social relations if individuals were to successfully heal. The development potential for establishments and especially therapists should also be paid attention to, where the therapists' working experience should be given more opportunity to influence future treatment.

Keywords: abuse, addiction, barriers, communication, relationships, treatment, prevention

Sverige hade växande problem med substansmissbruk av alkohol och narkotika, problem som gav konsekvenser såväl för enskilda individer och deras omgivning, som på samhällsnivå. Substansmissbruk innefattar olika kemiska substanser som exempelvis alkohol, narkotika och läkemedel. Statens Offentliga Utredningar (SOU, 2011:35) publicerade en nationell utredning av missbruksvården. I utredningen uppskattades det att omkring 1 000 000 personer i Sverige idag hade en riskabel alkoholkonsumtion, där 330 000 av dessa uppfyllde diagnoskriterier för ett alkoholberoende och 450 000 för ett skadligt bruk (missbruk). Det presenterades även att 65 000 personer hade ett läkemedelsberoende, 29 500 ett tungt narkotikamissbruk, och att 10 000 var frekventa användare av dopningsmedel. I en annan rapport avseende drogutvecklingen i Sverige, gjord av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN, 2011) redovisades att från 1967 till 1998 hade antalet personer med tungt substansmissbruk gått från 6 000 till 26 000, alltså mer än fyrdubblats. Denna ökning kunde till viss del förklaras av att äldre missbrukare fortsatt var representerade i statistiken samtidigt som nya rekryterades. Dock bidrog en faktisk ökad nyrekrytering av tunga missbrukare till ökningen av andelen individer med tungt missbruk. Undersökningen presenterade även att antalet slutenvårdtillfällen för personer med en narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos ökade från cirka 7 500 till 20 000 under åren 1987 till 2009.

I Sverige har det funnits Socialstyrelsen, en statlig förvaltningsmyndighet med verksamheter med ansvaret för missbruks- och beroendevård. En av dessa verksamheter har varit socialtjänsten som enligt socialtjänstlagen har haft delmålet att ge en individ den vård och hjälp personen behöver för att komma ifrån ett missbruk, samt arbeta för att förebygga och motverka missbruk av beroendeframkallande medel. (SoL, 2001:453, kap 3, 7 §; kap 5, 9 §). Även sjukvården har varit involverad i missbruksvården, delvis gällande den medicinska aspekter av missbruk, såsom fysiska följsjukdomar, men också gällande så kallad samsjuklighet, det vill säga samtidig förekomst av substansmissbruk och psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2007).

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (2007) framgick det att den behandling en missbrukare erbjöds skulle ske med en humanistisk utgångspunkt där människans värdighet bevarades och beaktades. Behandlingen som gav skulle dessutom grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet, och samtidigt skulle personens eget inflytande vara av stor vikt.

Ändå framgick det i utredningar att personer med narkotikamissbruk eller beroende tenderade att undvika att uppsöka vård, exempelvis på grund av att icke-medicinsk användning av medlen var kriminaliserad, och det angavs att vården idag endast nådde en av fem med beroendeproblem (SOU, 2011:35). Det gavs med andra ord intrycket att det förekom hinder, inte bara för att bli fri från substansmissbruk utan också när hjälp inom missbruksvården söktes. Föreliggande studie syftade till att undersöka behandlares samt drogförebyggares uppfattning kring hur ett substansmissbruk utvecklades, samt vilka hinder och risker uppfattades framkomma i missbruksvården och i sökandet av det. Studien avsåg också att undersöka hur vårdverksamheter och förebyggande verksamheter arbetade med att motverka substansmissbruksproblematiken.

Tidigare forskning

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (2007) lyftes det fram hur arbetet kring missbruksprevention borde ske. Det skiljdes mellan primärpreventiva insatser och sekundärpreventiva insatser.

Primärpreventiva insatser riktade in sig på att förhindra riskfylld konsumtion eller konsumtion över huvud taget, det vill säga att förskjuta debuten. Detta arbete skulle ske i ett

nätverk där ingående parter bland annat var socialstyrelsen, läkemedelsverket och polismyndighet. En del av det primärpreventiva arbetet riktade in sig till att informera och utbilda personer kring missbruk och droger. Men denna metodik visade sig ha låg effekt, och när positiva effekter väl inträffade så kvarstod effekterna inte länge. Att utbilda och övertala en substansmissbrukare att ändra sitt beteende var inte tillräckligt, utan samtidigt behövdes en bredare förändring avseende den omgivning personen befann sig i. (Babor et al., 2010).

Sekundärpreventiva åtgärder innebar att individer som redan utvecklade ett substansmissbruk identifierades. Identifikationen kunde ske genom att individen själv sökte hjälp eller att verksamheter sökte upp personer inom riskmiljöer och med riskbeteenden. Exempel på individer som berördes av uppsökande sekundärpreventiva insatser kunde vara hemlösa, barn till personer med missbruk, kriminella eller barn och ungdomar med hög skolfrånvaro. Inom vissa verksamheter kunde dock det utifrån en relationsaspekt vara problematiskt att identifiera ett missbruk hos en individ. Det kunde exempelvis upplevas som påfrestande för behandlingsrelationen om en läkare ifrågasatte sin patients läkemedelsintag vid misstanke om substansmissbruk. Att göra problemet talbart hade förvisso varit en viktig del i förändringprocessen, men det borde ske med ett empatiskt förhållningssätt så att frågorna inte upplevdes som integritetskränkande (Leissner, 2012).

Behandling av substansmissbruk kunde försvåras, eller rentav förhindras, om behandlingsverksamheter saknade kunskap och adekvata metoder för att tala med patienterna om substansmissbruk. Samtidigt var det inte tillräckligt att utreda substansmissbrukets omfattning. För att kunna erbjuda en framgångsrik behandling behövdes det exempelvis förståelse om patientens motivation, familjeliv och nära relationer, sociala relationer och kontaktnät, samt vilka förväntningar patienten hade på behandlingen. Relationen mellan behandlare och patient etablerades redan vid första mötet och hur detta möte utföll kunde ha avgörande betydelse för den kommande behandlingen och hur patienten tog emot behandlarens synpunkter (Keaney, 2006). Eftersom patienter med substansmissbruksproblematik tenderade att ha svårt med tillit behövdes patientens relationsförmåga uppmärksammas vid både behandlingsplanering och behandlingsinsatser (De Rick & Vanheule, 2007).

I Socialstyrelsens riktlinjer (2007) lyftes det även fram hur behandlingsinsatser borde vara utformade och man poängterade att individer med samtidig förekomst av missbruksproblem och psykiska svårigheter behövde behandling för båda dessa tillstånd.

Alborn (2012) framförde att ju mer psykiska svårigheter en individ hade, desto större risk var det att utveckla ett substansmissbruk, samtidigt gällde det omvända. Att avsluta substansmissbruket var väldigt psykologiskt påfrestande eftersom individen då behövde möta verkligheten. Det innebar att individen behövde beakta de handlingar personen ångrade och samtidigt bearbetade känslomässiga konflikter som följt med i livet, och kanske accentuerades av missbruket. Jämfört med normalbefolkningen var det dubbelt så många som hade ångest och depression bland substansmissbrukare. Enligt Alborn (2012) borde fokus på behandling för tyngre substansmissbrukare ligga på habilitering – att bevara funktionsnivån och/eller förbättra den – snarare än att återfå den funktionsnivån individen tidigare haft. Under behandlingen borde även de psykiska problemen, sociala omständigheterna och missbruket åtgärdas samtidigt. Det fanns inga förutsättningar att behandla det ena först eller tro att resterande problematik skulle försvinna när exempelvis den psykiska problematiken åtgärdades först.

Substansmissbruk hade dock även haft biologiska förklaringar. Beroendeframkallande medel som påverkade individer psykiskt, hade bland annat sin inverkan på hjärnans så kallade belöningssystem. Signalsubstansen dopamin som förekom i belöningssystemet, hade en roll i upplevelser av avspänning och välbefinnande. Dopamin aktiverades vanligtvis bland annat genom intagande av föda och dryck och vid sexuella aktiviteter (Anselme, 2009). Samtidigt

fanns det studier som talade för att trivsel i sociala relationer också aktiverade signalsubstansen (Insel, 2003). Vid intag av kemiska substanser så aktiverades dopaminet på ett kemiskt sätt och substansen agerade därmed som en genväg till positiva känslor. Hade en individ då haft ett långt och tungt substansmissbruk så kunde minnen av belönings effekterna – det så kallade suget - vara väldigt besvärande att motstå. Trots att denna biologiska faktor hade en viktig plats i missbruksfrågan, så kunde synsättet med beroende som en sjukdom hämma individens egen motivation till förändring då individer kunde lägga skulden på sjukdomen och därmed befrias från det egna ansvaret och därmed också de egna möjligheterna (Johansson & Wirbing, 1999).

Anette Skårner (2012) redovisade i sin studie av missbrukares sociala nätverk att värdefulla och stödjande relationer till människor var av hög betydelse för att lämna ett missbruksliv. Substansanvändning gav tillträde till missbrukskulturer som dessvärre kunde hota redan fungerande sociala relationer. Substansmissbrukande individer kunde föra ett socialt och psykologiskt påfrestande dubbelliv mellan det vanliga livet och missbrukarvärlden, som innebar ständig omställning mellan dessa två världar. I dubbellivet skedde lojalitetskonflikter som kunde skada relationerna inom de båda sociala nätverken, och kunde även innehålla konflikt- och skuldtyngda relationer där individen riskerade att bli kritiserad för sina handlingar.

För att kunna lämna missbruket behövdes en fungerande värld utanför missbruksvärlden skapas. Det kunde exempelvis ske genom att återupprätta relationer med människor i det existerande nätverket, vilket kunde göras med professionell hjälp. En förutsättning för en fungerande professionell behandling var dock att arbetet skulle ske i ett mellanmänskligt samspel. Det professionella nätverket borde arbeta inom klientens nätverksresurser och ge individen insikt i att hitta stöd i det sociala nätverket men samtidigt komma ifrån eventuell destruktiv påverkan. I takt med att individen utvecklades eller situationen förändrades behövde även nätverksfunktionerna utvecklas och motsvara denna nya livsstil (Skårner, 2012).

Dessvärre kunde samhällelig stigmatisering av narkotikamissbruk stärka processer som hindrade läkning och förstärka individens känsla av att vara avvikande. Rädslan för att inte bli accepterad tillsammans med den avvikande känslan kunde bidra både till isolering, och till att individen drog sig för att söka behandling. Ju mer isolerad individen var i missbruksvärlden desto färre möjligheter till förändring gavs. Insatser för att få människor lämna ett substansmissbruk var alltså inte enbart en vårdfråga, utan även en social och politisk fråga som bland annat handlade om hur samhället mötte den läkande individen (Skårner, 2012).

Syfte

Syftet med föreliggande studie var att få kunskap dels om den process behandlare och patienten ingår i då en individ söker hjälp för substansmissbruksproblem, och dels om de hinder och risker som kan uppstå i processen. Dessutom riktade studien in sig på att undersöka hur behandlare och drogförebyggare uppfattade att ett substansmissbruk utvecklades, och även att lyfta fram hur de olika yrkesverksamheterna idag arbetar med att motverka att substansmissbruksproblematik ska utvecklas.

Frågeställningar

- Hur uppfattar behandlare och drogförebyggare att ett substansmissbruk uppstår?
- Hur arbetar verksamheter mot substansmissbruksproblematiken?
- Vilka hinder och risker uppstår för en substansmissbrukare som söker vård?

Metod

Deltagare

Deltagarna i studien arbetade antingen inom öppenvård eller tvångsvård, alternativt med förbyggande arbete. Genom personlig kontakt, verksamhetskontakt samt med hjälp av handledare valdes sex deltagare ut. Två deltagare vardera valdes för varje grupp. Ett brett urval gjordes för att kunna analysera frågeställningarna från olika perspektiv och få en helhetsbild av frågeställningarna.

Deltagare 1 var legitimerad psykolog med lång erfarenhet av behandlingsarbete. Deltagaren arbetade vid en öppenvårdsmottagning med inriktning mot vuxna personer med substansmissbruk i kombination med psykiatrisk problematik.

Deltagare 2 var legitimerad sjuksköterska med psykiatrisk vidareutbildning och lång klinisk erfarenhet. Deltagaren arbetade vid öppenvårdsmottagning med inriktning mot vuxna personer med en substansmissbruksproblematik i kombination med psykiatrisk problematik.

Deltagare 3 arbetade som drogförebyggande samordnare inom kommunal verksamhet med insatsarbeten mot barn, ungdomar och föräldrar. Personen har arbetat med tjänsten i sex år. Deltagaren hade pedagogiks samt hälsovetenskaplig utbildning.

Deltagare 4 arbetade som drogförebyggande samordnare inom kommunal verksamhet med insatsarbeten mot barn och ungdomar upp till 25 år samt föräldrar. Personen har arbetat med tjänsten i 10 år. Deltagaren hade hälsovetenskaplig utbildning.

Deltagare 5 var biträdande institutionschef på ett LVM-boende (lag om vård av missbrukare i vissa fall) för män med substansmissbruk, svåra psykiska störningar eller våldsbenägenhet. Personen har arbetat inom verksamheten i totalt 17 år. Deltagaren var utbildad till socionom.

Deltagare 6 var relativt nyutbildad socionom och arbetade som behandlingssekreterare på ett LVM-boende för män med substansmissbruk, svåra psykiska störningar eller våldsbenägenhet.

Instrument

Intervjuer med deltagarna utfördes utifrån en intervjuguide som innehöll ett fåtal frågor som fokuserade områden av relevans för studien (bilaga 1). Frågorna i intervjuguiden var formulerade så att de kunde anpassas efter om deltagaren arbetade inom behandlingsverksamhet eller drogförebyggande verksamhet. Öppet formulerade frågor användes och avsåg synen på substansmissbruksproblematik och behov av insatser och/eller behandling mot substansmissbruk. Frågorna kunde exempelvis vara formulerade enligt följande: *På vilket sätt skulle du beskriva ett substansmissbruk?* Deltagaren fick beskriva sin syn på substansmissbruk, därefter kunde exempelvis följdfrågan *Vad är det och hur tror du att det uppstår?* ställas.

Före intervjutillfället kontaktades deltagarna via telefon och ett informationsbrev skickades via mail (bilaga 2). I informationsbrevet framgick båda intervjuarnas kontaktinformation, syftet med intervjuerna, tillvägagångssätt för behandling av intervjuer och etiska utgångspunkter.

Intervjuerna spelades in med hjälp av diktafon. Tidpunkt, samt lokal för intervjuerna beslutades i samråd med deltagarna.

Tematisk analys

Tematisk analys är en kvalitativ metod som används för att identifiera, analysera och presentera genomgående teman inom det insamlade materialet. Ett tema är något som representerar en grad av mönster eller mening inom ett insamlat material, och som fångar upp det väsentliga i materialet, i relation till frågeställningen. Identifiering av teman kan ske på ett induktivt eller ett teoretiskt förhållningssätt. Under ett induktivt förhållningssätt så identifieras inte teman utifrån forskarens teoretiska intressen utan utifrån hur teman relateras till det insamlade materialets innehåll. Detta görs så att forskaren egna intressen inte ska färga av sig i analysen. En fördel med detta förhållningssätt är att genuina upptäckter kan göras. Vid ett teoretiskt förhållningssätt studerar forskaren fenomenet utifrån existerande teorier som på förhand har fokuserats. Fördelen med detta förhållningssätt är att vissa aspekter av det insamlade materialet kan beskrivas och analyseras på ett mer detaljerat och fördjupat vis (Braun & Clarke, 2006).

Analys

Intervjuerna transkriberades ordagrant med undantag för vissa slanguttryck och grammatiska fel. Slutprodukterna skickades till respektive deltagare som gavs ett antal dagar att läsa igenom och överväga eventuell invändning mot intervjun. Ingen invändning gjordes av deltagarna.

Den tematiska analysen följde Braun och Clarkes (2006) olika faser inom tematisk analys och skedde i fem steg enligt nedan:

I det första steget lästes transkriberingen igenom så att författaren blev bekant med materialet och fick en helhetsbild. Ord och meningar av relevans för forskningsfrågan ströks under, dels utifrån dess prevalens och dels utifrån dess betydelse för forskningsfrågan.

Det andra steget innebar att materialet åter lästes igenom varvid inledande koder skapades genom ett induktivt förhållningssätt. Detta gjordes löpande i texten och kontrollerades en extra gång efter att alla koder skapats. Koderna berörde dels inslag som upprepats i texten samt uttalanden som fångade betydelsen av det studerade fenomenet. Därefter skapades övergripande preliminära grupper i ett mindmap-liknande format.

I det tredje steget sorterade författaren varje grupp med koder i potentiella teman och underteman, varvid ett relativt stort antal koder reducerades till ett antal underteman. I detta steg uppnådde analysen en något högre abstraktionsnivå.

Steg fyra innebar att författaren granskade och förfinade alla teman, vilket gjordes på tre olika nivåer. I den första nivån kontrollerades att respektive underteman återspeglade de ingående koderna. I den andra nivån kontrollerades att respektive teman återspeglade de ingående undertemana. I den tredje nivån kontrollerades att de identifierade temana återspeglade den övergripande helheten i deltagarnas berättelse. Under denna nivå uppnådde således analysen en ytterligare grad av abstraktionsnivå.

Det femte steget innebar att författaren granskade analysen samt förfinade alla teman ytterligare genom att identifiera den essens av materialet som varje tema fångat upp. Detta gjordes genom att författaren ställde frågor till materialet och ifrågasatte dess värde och betydelse för den omfattande slutanalysen.

Analysstegen genomfördes för varje intervju, därefter sammanfogades alla färdiga analyser till en övergripande analys som följde steg tre till fem i analysprocessen. Validiteten av analyserna stärktes genom medbedömning. Utifrån medbedömning säkerställdes det att analysen återspeglade det insamlade materialet. Författaren lät därför sin handledare, men också oberoende kollegor med insyn i studiens område läsa igenom analyserna för att

fördjupa perspektivet, samt öka tydligheten av analyserna och de teman som framkommit (Yardley, 2008).

Tillvägagångssätt

Efter att deltagarna godkänt intervjudeltagande kontaktades de via mail eller telefon för att bestämma tid och plats för intervju. Ett avskilt rum på Högskolan Väst erbjöds, dock var det deltagarna själva som bestämde var och när intervjutillfället skedde. Endast en deltagare valde att intervjun skulle ske på högskolan, resten valde ett tillgängligt rum i deras egen verksamhet.

Intervjuerna gjordes av två personer med hjälp av intervjuguiden där sedan det insamlade materialet användes till två olika arbeten. Både före intervjutillfället och precis innan det att själva intervjun startat så hänvisades deltagaren till informationsbrevet och fick möjlighet att ställa eventuella frågor kring det (bilaga 2). Intervjuerna varade mellan 45 till 60 minuter. Deltagarna informerades om att de när som helst kunde hoppa över frågor eller avbryta den pågående intervjun. Utifrån deltagarnas svar på de öppna frågorna, formulerades följdfrågor där deltagarna kunde bes att förtydliga svar eller ge exempel relaterade till svaren.

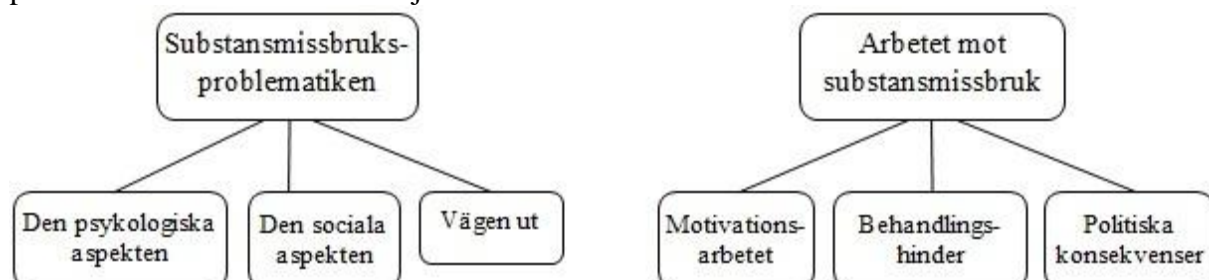
Vid intervjutillfället skedde överenskommelse om att deltagaren skulle få en kopia av transkriberingen för möjligheten att kunna korrigera eventuella missuppfattningar.

Etiska överväganden

Alla deltagare försäkrades om att deras identitet skulle skyddas genom att det insamlade materialet skulle behandlas konfidentiellt, samt att avidentifiering av namn och verksamhet i transkriberingen och slutrapporten skulle ske. I informationsbrevet samt i början och i slutet av intervjutillfällena upplystes alla deltagare om vad det insamlade materialet skulle användas till och deras rättighet att återkalla materialet. Återkallningen skulle dock helst ske innan båda analyserna påbörjades då det annars kunde skapa hinder i slutrapporten för dem både intervjuerna, därför gavs deltagarna cirka tre dagar att läsa igenom transkriberingen efter att en kopia skickats. Deltagarna försäkrades om att det inspelade materialet skulle raderas så fort analyserna slutförts.

Resultat

Under analysen identifierades två huvudteman, med tre underteman vardera. I modellen nedan illustreras varje tema och undertema (se figur 1). På följande sidor kommer varje tema presenteras och citat från intervjuerna kommer användas för att illustrera de olika temana.



Figur 1. Temaspindel.

Substansmissbruksproblematiken

Här beskrevs de avgörande aspekter som enligt deltagarna var skäl till att ett substansmissbruk utvecklas. Vidare beskrivs deltagarnas uppfattning om vad individen borde erbjudas för att befrias från, eller inte utveckla ett substansmissbruk. Följande tre underteman belyste detta område: *Den psykologiska aspekten*, *Den sociala aspekten* och *Vägen ut*.

Den psykologiska aspekten. Deltagarna framhöll att den främsta orsaken till att en individ utvecklade ett substansmissbruk var att personen redan i tidig ålder hade upplevt svårigheter som påverkade individens psykiska hälsa. Det uttrycktes i att individen antingen tidigt började missbruka och som konsekvens hämmades i sin psykologiska utveckling, eller att det sedan tidigare existerade svåra störningar eller otillräckligt stöd som ledde till substansmissbruket.

För våra klienter är narkotikamissbruk en ganska stor del av problematiken här och där vi kan se att våra killar ofta har börjat missbruka tidigt, och då menar jag i förpuberteten. /.../ Dels så kan man befara att den här kan ha ganska svåra störningar, anknytningsstörningar, bristande trygghet eller grundtrygghet och så då. Och den andra sidan är att... Och det beror ju på att det inte finns tillräckligt med stöd till. Ingen skulle ju låta sin 9-åring ränna ute på nätterna utan att fråga var de är. Men det är inte helt ovanligt att våra klienter har vuxit upp på det sättet.

Uppväxten, föräldrar, missbruk i nätverket. En psykiatrisk problematik, där är hönan och ägget men den psykiatriska problematiken kan väl orsaka. /.../ Medicineras man för en psykiatrisk problematik så kan man med viss medicinering trilla över i missbruk. Och missbruket i sig kan också leda till en psykiatrisk problematik.

Deltagarna beskrev att patienterna är medvetna om att deras agerande orsakat dem svårigheter i relationer. Denna vetskap plågar dem och skapar en självuppfattning som präglas av negativa tankar. Denna negativa självuppfattning riskerar öka och därmed ökar även benägenheten att använda substanser för att lindra plågan. Substansmissbruket kommer då att orsaka än mer svårigheter i relationer och en negativ spiral/ond cirkel skapas och upprätthålls. Detta illustreras i följande citat:

De har rätt låg uppfattning om sig själva. Det är mycket skam så här. Man känner sig dålig som person, man har liksom sabbats mycket i relationer, man har lurat och duperat och hållit på... just för att kunna hålla på med droger och det är det som är... alltså just för beroendet gör ju att det tar ju över allt. Det tar ju över liksom alla saker så att... sådant där kommer upp mycket så här att, man ser sig själv som en dålig människa.

Deltagarna hade skilda åsikter om individens möjlighet att senare i livet hantera den drog som missbrukats. Några uppfattade att det var en fråga om vilken situation i livet individen befann sig i. Substansmissbruket kunde vara en fas i ens liv som senare försvann på grund av att personen förstått situationen den befann sig i och sedan valde att gå vidare. Andra talade för att missbruk var en livsföljande psykisk sjukdom som var väldigt hårt kopplad till hjärnans belöningssystem. Hade individen då haft ett långt substansmissbruk så var det väldigt lätt att falla tillbaka till den gamla vanan, därför rekommenderades det att inte försöka hantera bruket utan istället hitta belöningar och möjligheter i något annat.

De har börjat säga att det är så många som missbrukar men, så var det ju på den där tiden men jag vet ju att alla blev ju inte förstörda. Det var många som hade en period och så gick man ur den./.../ Det att jag tror att man kan gå från missbruk till typ bruk, och att det handlar om att se och förstå vilka situationer man använder /.../ när man har

analyserat, diskuterat, bearbetat dem situationer där det händer (missbruket), att personer väljer situationer där det aldrig händer. /.../ Sen innebär att man får bryta med det livet, med de vännerna, med det... de situationerna.

Den biologiska teorin eller om man ska kalla förklaring säger ju att det inte är lämpligt att göra det, för att har du varit beroende av en drog så är hjärnan oerhört inställd på just den. Alltså hjärnan... vad heter det, eh, belöningssystem är så hårt kopplat till dem här sakerna som får oss att må bra. /.../ Belöningssystemet kommer liksom att svara, svara omedelbart för det sitter liksom inprogrammerat.

Den sociala aspekten. Deltagarna beskrev att patientens substansmissbruksproblem kunde förstås utifrån missbrukarens sociala relationer. Deltagarna anförde att det för många substansmissbrukare brustit i relationer eller att individen från början haft svårt att knyta an till personer på grund av tillitsbrist. Dessa brister och uppklarade relationer har medfört att drogerna ersatt relationer till människor och hindrat individerna från att bearbeta problemet och utvecklas på det sociala planet. Personernas psykiska problem har också en inverkan på individernas sociala liv enligt deltagarna. Personer som kände sig avvikande eller annorlunda kunde söka sig till kretsar med liksinnade människor och hade då en risk att hamna i drogmiljöer. För många var dessa kretsar det enda sociala livet som existerade, vilket gjorde det väldigt svårt att bryta sig ur missbruket och förändra livet.

Beroendet handlar om relation och beroende till alltså närhet distans till en annan människa, och det är väl där som det på något sätt brottet som skett en gång i tiden är en slags tillitsbrist eller omsorgsbrist som gör att man på något sätt tar till någonting som man tror att man kan kontrollera. /.../ som drog, eller om man tror att man kan kontrollera drogen som ersätter. Det blir en relation till droger som ersätter relation till människor eller hanterar, eh, så att säga sorgen inför att inte nå fram eller hitta den här.

För är man för avvikande, för annorlunda, så söker man ju sig till grupper som man får lov att vara, i alla fall kanske, skapa bra relation och sitta bredvid. Och då är det, säger man ju, många missbrukarkretser där är man ju välkommen och man kanske blir använd, utnyttjad så att säga... och så kommer man över dem här drogmiljöerna. Och det är svårt att bryta...

Deltagarna framförde även att en ansenlig del personer med substansmissbruk har begått brott och skridit över sina etiska gränser för att kunna finansiera missbruket. En del har då vänt sig till gäng med låga inträdesgrader där de haft möjligheten att skapa nya relationer och samtidigt få personer som erbjuder dem skydd. Detta försvårar läkandet för substansmissbrukaren på grund av två olika skäl. Det ena är att den kriminella identiteten skadat personens gamla relationer och skapat skuldproblem för missbrukaren, och dessa skuldproblem måste bearbetas efter individen kommit ur substansmissbruket. Det andra är att missbrukaren går miste om en hög social status om personen lämnar gänget. I ett annat sammanhang, exempelvis på arbetsplatser måste personen börja om långt ner i hierarkin. För individen kanske det då inte ter sig lockande att försöka komma in i samhället och förändra sitt liv, något som kan utgöra ett hinder för behandlingen.

Många har en tidig kriminalitet som existerar fristående från missbruket, det är en grupp då. Men sen har vi den andra gruppen där missbruket leder till kriminalitet, /.../ Idag så har betydligt fler gängtillhörighet, både inom LVM-vården och LVU-vården ungdomar. Det finns betydligt fler gäng, alla har inte så höga inträdesgrad så att säga, och i Hells

Angels... deras under, stödtrupper och sådant, så är det nog inte så höga krav på att hantera så heller för att vara medlem. /.../ Undan för undan... så pass... (försvinner de) etiska gränser som man själv bara haft för sig själv, för sin del. Och det här ska ju sen när man blir drogfri också, så generar en hel del skuldproblematik som ska bearbetas och hanteras. /.../ Det är inte så lätt att motivera någon som har en hög kriminell status att börja om i ett annat sammanhang där han kommer stå ganska långt ner.

Deltagarna lade även vikt vid det kulturella inflytandet från samhället, och framför allt medias påverkan på problematiken. Media framställde alkohol och cannabis som en självklar del av livet. När alkohol framställdes som en självklar del av livet, förstärktes grupptricket enligt deltagarna, vilket ökade risken för tidig alkoholdebut bland unga.

Jag slår vad om att det under helgen eller framför allt på måndag kommer vara artiklar i tidningen "Nu är det valborg, en helg då många ungdomar dricker mycket alkohol" och är det då en ungdom som inte dricker alkohol och inte har gjort en alkoholdebut, så ibland så när man läser i tidningen så kan man få en bild utav att alla ungdomar dricker, och så är det inte. /.../ Hade jag varit ungdom idag och läst det så hade man kanske tänkt "Ah men, det är jag som är annorlunda, det är jag som står utanför. Det kanske är så att jag måste dricka alkohol för att vara normal".

Det framhölls även att den kulturella synen på alkohol försvårade arbetet för de deltagare som arbetade med förebyggande verksamhet. I deras arbete ingår att, skapa relationer med både unga personer och med föräldrar och att informera individer om konsekvenserna av alkohol och droger. Deltagarna uppfattade att det var svårt att nå föräldrar när de skulle informera om alkohol eftersom alkohol var en så djupsittande del i människors personliga identitet och livsstil.

Det är väldigt tabubelagt idag fortfarande, 2013, att prata om att man har ett alkoholproblem. Fastän det är så många som har det... /.../ Men det är väl för att alkoholen är så vanlig, den är liksom "ta inte bort vår alkohol" det är liksom... Det kan man möta ibland på föräldramöten, när man har bjudit in dem och ska prata om narkotika då är det väldigt intressant, /.../ Men när man börjar prata om alkohol så ser man ju en del som börjar skruva på sig. Att; "prata inte om det, prata inte om min alkohol".

Vägen ut. Både de deltagare som arbetade inom behandlade verksamheter och de som arbetade förebyggande var eniga om att positiva sociala alternativ var avgörande för att missbrukaren skulle bli drogfri och kunna läka. Behandlande insatser var visserligen till stor hjälp för att uppnå detta, men deltagare framhöll att insatserna i slutändan kunde vara av begränsad betydelse jämfört med förändrade omständigheter i individens liv. Vad som räknas som bra sociala alternativ för en person var individuellt, därför var det viktigt att det arbetades på ett personligt plan med klienten och agerade omsorgsfullt i sitt relationsskapande.

Tittar vi på... varför människor som tagit sig ur missbruk, så kommer behandling ganska långt ner på den listan, nere på 5-6 plats ungefär. Det är omständigheter i livet, det är kärlek, det är religiositet, det är något annat som man har hittat som faktiskt är värt mer än drogerna.

Att man kan på något sätt skaffa sig nya kontakter i samhället. Byta umgänge till exempel, byta miljö, och att man får rätt stöd. /.../ det beror absolut på vem det är vi

pratar om. /.../ det är svårt att säga vad som är rätt stöd, det är någonting man får försöka...

Arbetet mot substansmissbruk

När deltagarna beskrev sitt arbete mot substansmissbruk framkom dels uttalanden som reflekterade det sätt deltagarna arbetade för att hjälpa individer ur eller förhindra ett substansmissbruk, och dels uttalande som reflekterade vilka hinder som uppstod under processen. Deltagarna beskrev även hur politisk styrning av verksamheten kom att påverka arbetet mot substansmissbruk. Följande tre underteman identifierades: *Motivationsarbete*, *Behandlingshinder* och *Politiskt styrd omsorg*. Dessa tre teman utgör tillsammans temat *Arbete mot substansmissbruk*.

Motivationsarbete. De deltagare som arbetade inom en behandlingsverksamhet framhöll att deras huvudsakliga uppgift var att få patienten motiverad till att lämna sitt beroende. Deltagarna berättade att målet med deras arbete var att personen skulle motiveras att avsluta sitt substansmissbruk för att sedan kunna komma vidare i livet. Att komma vidare kunde dels innebära att personen faktiskt lämnade sitt beroende och kunde hitta positiva alternativ till substansmissbruket, men också att personen kunde söka till en öppnare vårdform istället för att behöva vara kvar i LVM-vård. Deltagarna framhöll att samverkan mellan behandlare och patient var förutsättningar för ett motivationsarbete. Betydelsen av samverkan illustreras i följande citat:

Det handlar om att på något sätt skapa en arbetsallians så att man på något sätt kan... få en stark relation så att man kan hjälpa personen våga utmana det beroendet man har till sin drog...

Man ska fylla på den här motivationen till att hålla sig från... drogandet liksom. Så det... det är motivation skulle jag nog säga som är det stora liksom drivet i det hela.

Sättet behandlarna samverkande för att skapa en arbetsallians och bygga upp en motivation berodde på vilken verksamhet deltagaren arbetade inom. För tvångsbehandlingen innebar det exempelvis att deltagarna dagligen interagerade med patienterna, något som deltagarna utnyttjade för att förstärka tilliten och skapa en god relation.

Jag har daglig kontakt. För jag sitter på avdelningen, så att alla klienter som jag behandlingsplanerar för har jag daglig kontakt med. /.../ När jag skriver på behandlingsplaner så diskuterar jag planen ihop med klienterna.

Men huvudsakligen var patientens känsla av trygghet den avgörande faktorn för arbetsalliansen och ett fungerande motivationsarbete. Detta uppnåddes genom ett empatiskt och respektfullt förhållningssätt till patienten, men även via medvetenhet om salutogena faktorer.

Vi började jobba utifrån salutogena teorier. När klienterna kommer så är det ju väldigt stängt, väldigt låst, väldigt mycket nycklar. Det är en tight ram som man jobbar inom. Innanför de ramarna ändå så är vi väldigt intresserade av, vad kan klienten? Var finns han? Vi startar på den nivån där han fungerar så kan vi bygga på den istället för att starta utifrån ett tankesätt där vi ska begränsa hans taskiga beteende.

Att bara kunna komma till ett ställe, att bara få prata om liksom hur man mår och allt det här liksom, alltså det... jag tror många mår rätt bra bara av det, att ärligt och naket leverera liksom hur det är.

Deltagare som arbetade drogförebyggande hade ingen personlig kontakt med missbrukarna själva och således var behandlingsinsatser inte en del av deras arbetsuppgifter. Deras uppgift var snarast att förskjuta debuten av droganvändningen inom befolkningen och på så sätt hindra personer från att utveckla ett substansmissbruk. Deltagarna förde dock fram betydelsen av samverkan och alliansskapande med de individer och grupper de arbetade gentemot. De beskrev sina arbetsinsatser som ett relationskapande, motiverande arbete i flera led.

Vi behöver samverka på olika plan i olika grupperingar för det här är inte bara mitt eller ditt ansvar så utan det här är vårt ansvar. Vi har ett samhälle som vi alla har ett ansvar för. Tydlighet vad som gäller, bra information. Bra information ut mot skolorna så att eleverna vet vad som händer och hur det kan bli (när man missbrukar).

Jag jobbar ju också mycket med drogfria aktiviteter att... få ungdomar att välja ett drogfritt alternativ i samband med större helger och sådant. /.../ Alltså ge dem en möjlighet att välja någonting som inte medför att de kanske via grupptricket liksom blir utsatta för påtryckningar att dricka alkohol.

Behandlingshinder. Deltagarna berättade också om de problem som kunde uppstå i det kliniska patientarbetet, och hur dessa problem kunde hindra patienten från att få en lyckad behandling. Deltagarna lyfte exempelvis fram hur patienternas dåliga självkänsla skapade en reserverad attityd som gjorde det svårt att nå fram till patienten.

Det är väl det som kanske är arbetsalliansen, att känna sig förstådd och att jag förstår vad patienten menar. Då är det lättare med personer som kan tala om sig som... så man känner att de förstår. Det finns vissa som inte gör det och missbruk, viss missbruk gör ju också att det kommer inte in... om du tar kodein eller heroin eller opiater lägger det en väldigt stark skärm emellan så...

Många av våra klienter har aldrig haft en plattform i det sociala livet och det innebär att identiteten som missbrukare är betydligt mer grundmurad. Det handlar inte om att försöka hitta eller återvända till något som har fungerat utan här handlar det om att försöka bygga upp något som aldrig har funnits då. Och det är ju ett betydligt mer omfattande arbete.

Deltagarna beskrev vidare att det kunde uppstå misstolkningar angående behov av hjälp från båda patienternas och behandlarnas sida. Detta uttrycktes på olika sätt och hade också olika konsekvenser, enligt deltagarna. Ett exempel på misstolkning kunde vara att allvarliga psykiska problem eller tyngre cannabisbruk som uttryckts i svårigheter med att exempelvis minnas eller koncentrera sig, kunde leda till att patienten feldiagnostiserades med en ADHD-diagnos och därefter kom att felmedicinerades. Ett annat exempel är att patienten eller patientens nätverk självdiagnostiserade en ADHD-problematik, och därför feldiagnosticerades med en sådan diagnos. Detta kunde hämma möjligheten till adekvat behandling, eller rentav leda till ökade svårigheter vilket illustreras i följande citat:

Det vi ser behöver inte vara ADHD... utan förmodligen traumatiserade upplevelser, anknytningskador i tidig barndom som har yttrat sig i ADHD-liknande... /.../ Ska man medicinera en feldiagnostiserad klient med amfetaminliknande preparat så kommer han inte bli bättre utan han kommer bli sämre. Ångesten ökar och han kan få psykotiska genomslag. /.../ och så är man inne i en väldigt underlig spiral av medicinering som inte underlättar att återgå eller få ordning på sitt liv då.

För vi måste ju sätta en diagnos och det kan ofta bli en konflikt utifrån det. Speciellt när man kommer där och har bestämt att ”jag vill ha en ADHD-utredning för jag har ADHD”, och så kommer man fram och har ett massivt cannabismissbruk. Man har haft det ett antal år och då säger vi att du måste bli nykter först. Du måste liksom bli drogfri minst tre månader, och det är jättesvårt. Då kan man inte få någon behandling.

Det framkom att även mottagandet, och brister i mottagandet från behandlarnas sida, kunde utgöra hinder för behandling. Exempelvis framförde en deltagare att urvalet av patienter skedde subjektivt och att en rörande historia kunde vara avgörande för att patienten skulle erbjudas en plats inom verksamheten.

Hade ni varit med och betraktat teamet om det är just den frågan man ... så hade ni ju märkt hur vissa blir så där väldigt känslomässigt berörda av "den här unga kvinnan som söker hjälp och det är struligt socialt och så här" att liksom man, nu generaliserar jag lite men man liksom dras med i den här berättelsen så man får serverad. Medan då det kan vara lite mer kallsinnigt till en "kille, 23 år som håller i sig knark och sprit hej vilt och säker inte mår bra psykiskt", men man tycker mer så där "nja, det här är väl mer socialtjänstens problem, han kan väl gå till en vårdcentral för sin ångest. Han behöver ju avgiftas”.

Politiskt styrd omsorg. Deltagarna berättade om verksamheternas mål och hur dessa var en tolkning av politiskt bestämda mål. Den politiska styrningen samt hur denna tolkades medförde konsekvenser som ibland försvårade deltagarnas verksamhet och därmed klienters möjlighet till habilitering. Klienter som var svårbehandlade riskerade att balansera mellan tvångs- och öppenvård och att aldrig redas ut. Den långa väntetiden för att avgöra vilken vård individen var lämpad för riskerade att öka risken för återfall. En deltagare framförde även att den tidigare lagstiftningen för LVM-vården på ett vis var mer gynnsam för patientens chans för läkning, då patienten förr hade rätt till förlängning av vård och individen själv hade möjligheten att frivilligt förlänga denna vårdtid, vilket många gjorde.

Många kommuner är... har begränsade tillgångar till frivillig vård genom att de ställer ganska höga krav på klienterna. Att till exempel om jag knackar på som klient på socialtjänstens dörr och säger att nu är jag färdig med mitt missbruk och jag vill ha behandling nu. Men de kan du inte få nu, utan först måste vi utreda och se vad du ska ha för behandling och det innebär att du ska komma hit och lämna urinprov två gånger i veckan och du ska på intervjusamtal en gång i veckan och efter två månader så är vi klara med den utredningen och då ska vi se vad det blir för vård. Och... Och den formen brukar falla då. Det går ett par dagar och sedan är killen tillbaka i missbruk.

Det var ju skillnad när jag jobbade på 80-talet för då såg ju lagstiftningen ut på annorlunda sätt, då var vårdtiden två månader som kunde förlängas ytterligare två månader. Men vi styrde över förlängningen. /.../ Sen blev det en lagändring 88... Så innebar det att... 89 när den trädde i kraft sen så gick man till det här med sex månader.

/.../ På 80-talet då när vi hade två månader så stannade väldigt många klienter kvar frivilligt enligt socialtjänstlagen efter de två månaderna.

Diskussion

Deltagarnas berättelser genomsyrades av återkommande resonemang om betydelsen av relationer. Deltagarna framhöll att det fanns två avgörande anledningar till att individer vände sig till droger. Dessa var dels att droger användes för att dämpa den psykiska problematik som de burit på genom livet, och dels att drogen fick ersätta det välbehag och den trygghet som individerna gått miste om i relationer som brustit. Det framhölls att den primära psykiska problematiken ofta var en anledning till att substansmissbrukarna var avvikande från det omgivande samhället. Samtidigt framhölls att det i huvudsak var brister i relationer som var den avgörande anledningen till själva missbruket. Både de psykiska såväl som de sociala faktorer som framhölls av deltagarna stämde överens med vad som framkommit i tidigare forskning (Alborn, 2012; Skårner, 2012).

Oavsett om det är möjligt eller inte för substansmissbrukaren att kunna bruka den drog som tidigare missbrukats, så måste det finnas möjligheter till ett nytt positivare alternativ, enligt studiens resultat. Fastän biologiska faktorer, såsom förändringar i hjärnans belöningssystem (Anselme, 2009; Insel, 2003), kan göra det svårt för substansmissbrukaren att kontrollera drogen, så är ändå världen runtomkring avgörande för individens psykiska och sociala utveckling (Skårner, 2012). Sociala omständigheter kan därför ha en avgörande roll i substansmissbrukarens väg ut ur missbruket, och därmed vara en drivkraft till förändring.

Substansmissbruk kan inte ses som ett informationsproblem (Babor et al., 2010). Studien har visat att missbrukarna har en förståelse kring medförande konsekvenser av substansmissbruket. Vidare tycktes substansmissbrukarna förstå att de har grundläggande problem, där drogerna agerar som en undanflykt när inga andra alternativ erbjuds. Att prata om något som skapat så mycket skam i livet är inte lätt för individen. Drogförebyggarna framhöll att alkoholkulturen kunde sitta djupt i människors identitet vilket kunde försvåra samverkan mellan drogförebyggare och tonårsföräldrar. På samma sätt kunde den långa missbrukarkulturen bli en djupt sittande del av individens identitet och därmed bli problematisk för substansmissbrukarnas relationsskapande. Detta på grund av att dessutom konsekvenserna av brustna relationer har lagt sig djupt i missbrukarens identitet och gör det svårt för individen att ta sig ur det negativa beteendet och därmed läka (Alborn 2012). Detta säger något väsentligt om den starka lockelse som finns i missbruket och vad individer med ett tidigare substansmissbruk har att kämpa med efter det att missbruket avslutats.

Behandlingsinterventioner som ges fokuserar mycket på att motivera patienten till att ta nya steg och hitta positiva alternativ (Sanner, 2012). Detta sker optimalt och humanistiskt i verksamheter där lärandet om relationsskapande är en del av behandlingen, men för att verklig förändring, och läkande, ska komma till stånd krävs att förändring samtidigt sker i den sociala kretsen (Alborn, 2012). I studien framkom att substansmissbrukarna kunde komma från kretsar där ett fungerande socialt liv aldrig existerat, och att nästa steg efter missbruket blev att försöka hitta en plats i samhället. Om substansmissbruket varit en väsentlig del av den egna identiteten för de som levt ett liv utan några fungerande sociala relationer, så finns det en risk att den samhälleliga stigmatiseringen av missbrukaridentiteten kan försvåra steget in i samhället (Skårner, 2012). Ansvaret för läkandet ligger alltså inte bara i behandlingen som ska lära ut om relationsskapande, utan individerna måste erbjudas en miljö där de får öva på det som lärts ut under behandlingen, där exempelvis arbetslivet kan vara väsentligt.

Enligt LVM-lagstiftningen ska tvångsvården upphöra så fort syftet med vården är uppnådd eller när sex månader passerat (LVM, 1988:870, § 20). De av studiens deltagare som

var verksamma inom LVM-vården framhöll att detta kunde leda till att patienter som byggt upp hälsosamma relationer under LVM-vården riskerade att gå miste om dessa vid vårdtidens slut. Kastas patienten då tillbaka till den gamla världen eller placeras om på ett öppnare boende när det redan skapats trygga och fungerande relationer, så ökar risken att motivationen sjunker eller att patienten får ett återfall.

Det uppfattas som att forskningen och de kliniska erfarenheter som förmedlades av deltagarna i denna studie är samstämmiga i att relationsskapande, motivation, tillit och positiv utveckling är grundstenar för en lyckad missbruksbehandling (De Rick & Vanheule, 2007; Keaney, 2006; Skårner, 2012). Samtidigt uppfattas det som att det behövs tid för att detta ska kunna utvecklas. Substansmissbrukare som har en samsjuklighet med psykisk problematik kan ha levt med denna problematik i många år, därför krävs långtbehandlingstid innan individer lyckas bekämpa problemet (Socialstyrelsen, 2007). Behandlarna är medvetna om detta men kommunikationsbrister mellan verksamheter inom behandlingsnätverket kan påverka behandlingsmöjligheterna och ha negativ effekt för patienten. Det blir därför av vikt - både för forskning och behandling - att ta vara på behandlarnas erfarenhetskunskaper och ge dem mer utrymme att påverka den framtida behandlingen.

Sammanfattningsvis uppfattas det som väsentligt att förbättra de sociala aspekterna av behandlingsinsatser. Motivationsarbetet idag fokuserar mycket på individen och hur man kan förstärka motivationen från insidan (Sanner, 2012). Vad studien dock visat på är att avgörande orsaker för att lämna ett substansmissbruk även kan ligga i yttre faktorer. Exempelvis är ett stabilt socialt nätverk en väsentlig faktor, och möjligheten till ny positiv social utveckling är ytterligare en faktor. Begränsningar under behandlingen kopplades mest till omständigheter som skett innan behandlingsprocessen börjat. För att undvika konsekvenserna av dessa, som exempelvis allvarliga feldiagnostiseringar, så bör kommunikationsmöjligheterna mellan behandlingsverksamheter och övre styrande verksamheter ses över. Behandlingsmålen är idag en tolkning av politiskt uppsatta mål som verksamheterna ska uppnå. Att utforma nationella mål som i slutändan ska gynna varje statlig verksamhet i landet kan i sig utgöra en barriär då de sociala omständigheterna för de olika verksamheterna kan se annorlunda ut. Detta kan som konsekvens försvåra möjligheterna till förändring inom de olika behandlingsverksamheterna.

Studien har eventuell praktisk nytta för framtida utformning av missbrukarvård där större fokus kring patientsyn läggs. Djupare inblick kring hinder och risker bland vård sökande gavs i studien, och olika yrkesverksamheters uppfattning kring substansmissbruksproblematiken lyftes fram. Därmed kan studien agera som en referenspunkt för arbetet kring minimering av hinder och risker inom missbrukarvården, men även som referenspunkt för kommunikationsutvecklingen bland Socialstyrelsens samverkande nätverk.

Begränsningar och förslag på vidare forskning

Begränsningarna med denna studie var att majoriteten av deltagarna arbetade med patienter med någon form av samsjuklighet, vilket gör det problematiskt att dra slutsatser av studiens resultat för individer med endast missbruksproblematik eller för problematikens helhet. Vidare så var det svårt för många deltagare att försöka sätta sig in i missbrukarens position och formulera vilka hinder de tror substansmissbrukare stöter på när de söker vård i den egna eller andras verksamheter. Det kan bero på att deltagarna hade god kännedom om vilka möjligheter som kunde erbjudas i både den egna verksamheten och samverkande verksamheter. En annan faktor så måste iakttas är att det kunde vara svårt att erkänna egna brister. Förslag på vidare forskning är att föra kvalitativa studier med själva substansmissbrukarna för att öka tydligheten kring vad de verkliga aspekterna kring problematiken kan vara samt att utforma mer specifika syften kring sökandet av vård för

substansmissbruk. Vidare kan detta vara av intresse att göra fördjupande studier med behandlare avseende deras syn på hur missbruksvården kan utvecklas.

Referenser

- Alborn, S.-E. (2012). Missbruk och psykiatrisk samsjuklighet. I C. Fahlke, (red.), *Handbok i missbrukspsykologi: teori och tillämpning*. (ss. 244-288). Malmö: Liber AB.
- Anselme, P. (2009). The effect of exposure to drugs on the processing of natural rewards. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33(3), 314-335.
- Babor, T. et al. (2010) Alcohol: No ordinary commodity - A summary of the second edition. *Addiction*, 105(5), 769-779.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN). (2011). *Drogutvecklingen i Sverige 2011*, Rapport 130. Hämtad den 10 maj, 2013, från <http://www.can.se/PageFiles/1299/drogutvecklingen-i-sverige-2011.pdf>.
- De Rick, A., & Vanheule, S. (2007). Attachment styles in alcoholic inpatients. *European Addiction Research*, 13(2), 101-108.
- Insel, T. R. (2003). Is social attachment an addictive disorder? *Physiology & Behavior*, 79(3), 351-357.
- Johansson, K., & Wirbing, P. (1999). *Riskbruk och missbruk*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Keaney, F. (2006). Assessment and screening. *Psychiatry*, 5, 431-436.
- Leissner, T. (2012). Beroendeframkallande droger - bruk, politik och prevention. I C. Fahlke, (red.), *Handbok i missbrukspsykologi: teori och tillämpning*. (ss. 20-40). Malmö: Liber AB.
- LVM 1988:870. *Lag om vård av missbrukare i vissa fall*. Hämtad den 10 maj, 2013, från <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19880870.htm>.
- Sanner, S. (2012). Det motiverande samtalet. I C. Fahlke, (red.), *Handbok i missbrukspsykologi: teori och tillämpning*. (ss. 318-337). Malmö: Liber AB.
- Skårner, A. (2012). Missbruk och beroende ur ett relations- och nätverksperspektiv. I C. Fahlke, (red.), *Handbok i missbrukspsykologi: teori och tillämpning*. (ss. 188-198). Malmö: Liber AB.
- Socialstyrelsen (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. Hämtad den 10 maj, 2013, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-102-1>.
- SoL 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Hämtad den 10 maj, 2013, från <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20010453.htm>.
- SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individ, kunskapen och ansvaret*. Statens Offentliga Utredning. Hämtad den 10 maj, 2013, från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/16/71/05/4a710efb.pdf>.
- Yardley, L. (2008). Demonstrating validity in qualitative psychology. I J. A. Smith, (red.), *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. (ss. 235-251). (2:a upplagan). London: SAGE.

Intervjuguide

1. Arbete, utbildning, befattning, erfarenhet.

2. Hur är det att hjälpa personer med missbruk (alt. arbeta drogförebyggande)?

- Vad är arbetets mål och riktning?
- Vilka människor kommer du i kontakt med?
- Vilka är målgrupperna?
- Hur används teorier? (Metod) Kortfattat.
- Vilka svårigheter finns?
- Hur viktig är hjälpen för klienten? Litet stöd, stor del?

3. Tror du att de som du arbetar mot har samma uppfattning som du eller skiljer den sig åt?

- Exempel.
- (Finns det några återkommande beteenden/händelser?)

4. Vad tror du är avgörande för ett lyckats arbete?

- Vad krävs av klienten?
- Vad krävs av dig själv?
- Vad händer om det ändå inte tycks fungera?

5. På vilket sätt skulle du beskriva fenomenet (drog)missbruk? Vad är det och hur uppstår det?

- Var ligger problematiken? (individ, grupp, samhälle) och på vilka av dessa nivåer bedrivs behandlings/det förebyggande arbetet?
- Är det möjligt att "bruka" en drog man tidigare missbrukat?
- Var ligger ansvaret?

6. Är vanligt med missbruk i arbetslivet eller är de flesta missbrukare arbetslösa?

- Kan man se några risker med missbruk i arbetslivet? (Är det vanligt med berusning på arbetstid?)
- Hur kan man nå personerna för att minimera risker?
- Övrig problematik?

Memo:

Hur slutar man med ett missbruk?

Informationsbrev

Hej!

Vi är två studenter från Högskolan Väst i Trollhättan som just nu arbetar med våra kandidatuppsatser.

Vi har riktat in oss på arbete med missbruksproblematik och ämnar intervjua personer som arbetar med behandling av eller förebyggande av drogmissbruk. Vi ämnar intervjua personer som arbetar med behandling eller förebyggande av drogmissbruk inom tre verksamheter: förebyggande arbete, öppenvård och tvångsvård.

Intervjumaterialet är tänkt att användas i två uppsatser, en kandidatuppsats i psykologi och en kandidatuppsats i socialt arbete.

Kandidatuppsatsen i psykologi ämnar undersöka vilka hinder och möjligheter som behandlaren upplever finns för missbrukaren att söka vård, vilka behandlingsmetoder och teorier som används samt betydelse av samspelet behandlare/klient. – Adi Hrustic

Kandidatuppsatsen i socialt arbete ämnar undersöka synsätt på missbruk som fenomen som finns inom arbetsområdet, om och i så fall hur detta skiljer sig beroende på verksamhetens inriktning. – David Anderström

Vi kommer att utgå ifrån en gemensam intervjuguide vid ett intervjutillfälle per person (om inget annat bestäms). Vi kommer sedan att göra var sin analys av intervjumaterialet med inriktning mot våra personliga frågeställningar.

Intervjumaterial:

Intervjun kommer att spelas in som ljudfil. Ljudfilen kommer endast att lyssnas på av oss uppsatsskribenter (David Anderström och Adi Hrustic). Materialet kommer att transkriberas till text innan det analyseras och ljudfilen kommer att raderas när uppsatsen är färdig.

Materialet kommer att behandlas konfidentiellt vilket bl.a. innebär att informanternas och verksamheternas namn kommer att avidentifieras i uppsatsen.

Deltagandet är frivilligt men vi är tacksamma om du vill ställa upp.

Om du har frågor hör av dig till:

Adi Hrustic

e-post: adi.hrustic@student.hv.se

tel: 0700 17 45 05

David Anderström

e-post: david.anderstrom@student.hv.se

tel: 0736 30 30 42

Tack på förhand!

Högskolan Väst
Institutionen för individ och samhälle
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se