

**”Jag har drömt...”**

**Erfarenheter av framgångsrik  
missbruks- och beroendebehandling  
för vuxna**

**Riitta Eriksson**

**FoU-rapport 17/2011**

2011-05-23

## Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b> .....	<b>5</b>
<i>Ökad alkoholkonsumtion – högre samhällskostnader</i> .....	6
<i>Alkoholskatter – en del av alkoholpolitiken i de nordiska länderna</i> .....	7
<i>Syfte</i> .....	8
<i>Frågeställningar</i> .....	8
<i>Referensgrupp</i> .....	8
<i>Rapportens disposition</i> .....	9
<b>2 Missbruksbehandling – vad styrs den av?</b> .....	<b>10</b>
<i>Behandlingsmetoder</i> .....	10
<i>MI</i> .....	12
<i>Substitutionsbehandling</i> .....	13
<i>Bedömningsinstrument i kommuner inom nordost</i> .....	14
<i>Insatser i socialtjänstens missbruksvård</i> .....	15
<i>Aktuell lagstiftning</i> .....	15
<i>Definitioner</i> .....	16
<b>4 Interkommunala skillnader i nordostkommuner</b> .....	<b>19</b>
<i>Självrapporterad alkoholkonsumtion i nordostkommunerna</i> .....	20
<b>5 Teoretisk referensram</b> .....	<b>21</b>
<i>Vägen in i missbruk/beroende</i> .....	21
<i>Förklaringsmodeller för att komma ut ur missbruk</i> .....	22
<i>Stadier i förändringscirkeln</i> .....	24
<i>Vad förklarar utfallet?</i> .....	27
<i>Självläkning</i> .....	28
<i>Framgångsfaktorer</i> .....	29
<i>Sociala nätverk</i> .....	29
<i>Skam och stolthet</i> .....	30
<i>Bemötande och relation</i> .....	31
<i>Salutogent perspektiv</i> .....	31
<i>Hereditet</i> .....	31
<i>Sammanhängande vårdkedjor</i> .....	32
<i>Samverkan</i> .....	32

<b>6 Forskningsdesign och metoder</b> .....	<b>34</b>
<i>Studiens uppläggnig</i> .....	34
<i>Empiriskt material</i> .....	35
<i>Metod för bearbetning och analys av intervjuer</i> .....	36
<b>7 Målgrupper</b> .....	<b>37</b>
<i>Gruppen äldre med alkoholproblem</i> .....	37
<i>Etiska överväganden</i> .....	37
<i>Validitet, reliabilitet och avgränsningar</i> .....	38
<b>8 Resultat</b> .....	<b>40</b>
<i>Informanterna – en presentation</i> .....	40
<b>9 Förklaringar till missbruk/skadligt bruk och beroende</b> .....	<b>45</b>
<i>Personliga erfarenheter</i> .....	45
<i>”Så fort man slog upp sina klarblå”</i> .....	46
<i>Missbruk – ett sätt att hantera känslor</i> .....	46
<i>”Jag var en tickande bomb”</i> .....	46
<i>Missbruk – ett sätt att hantera arbetsrelaterade faktorer</i> .....	47
<i>Missbruk – ett sätt att lösa livsproblem</i> .....	48
<i>Missbruk – ett långsamt förlopp</i> .....	49
<i>Missbruk – en livsstil</i> .....	50
<i>Insikt om att alkohol/droger har blivit ett problem</i> .....	51
<i>Sammanfattning</i> .....	52
<b>10 Erfarenheter av behandling</b> .....	<b>53</b>
<i>12-stegsbehandling</i> .....	53
<i>Mål, metod och struktur i behandlingen</i> .....	55
<i>Återfallsprevention</i> .....	56
<i>Återfall och konsekvenser av återfall</i> .....	57
<i>Sammanfattning</i> .....	58
<b>11 Strategier till drogfrihet</b> .....	<b>60</b>
<i>Undvikande</i> .....	60
<i>”Jag blev så öltörstig att jag inte badade bastu...”</i> .....	60
<i>Val av nätverk</i> .....	61
<i>”att fly undan sig själv, det går inte”</i> .....	61

<i>Drogfrihet – att bibehålla det fattade beslutet</i> .....	62
<i>Drogfrihet som personlighetsutveckling</i> .....	63
<i>"Drogfriheten, den betyder ... att vakna till ett nytt liv"</i> .....	63
<i>Vändpunkter</i> .....	63
<i>"Du har två alternativ, antingen slutar du eller så dör du"</i> .....	64
<i>Sammanfattning</i> .....	65
<b>12 Framgångsfaktorer</b> .....	<b>66</b>
<i>Människokännedom – en förutsättning för lyckad relation</i> .....	66
<i>"Det var hennes raket och att hon var tuff..."</i> .....	66
<i>Bemötande</i> .....	67
<i>Tillhörighet, gemenskap och sammanhang</i> .....	68
<i>Återaccepterande i samhället</i> .....	69
<i>"Jag vet precis vem jag är, vad jag gör"</i> .....	69
<i>Att se det positiva i förändringen</i> .....	70
<i>"jag har drömt om att..."</i> .....	71
<i>"Det är väl en liten saga egentligen"</i> .....	72
<i>Välbefinnande och framtidens betydelse för nuet</i> .....	72
<i>"mitt liv går inte i repris"</i> .....	73
<i>"Det viktiga är att leva just nu"</i> .....	73
<i>Sammanfattning</i> .....	74
<b>13 Sammanfattande synpunkter</b> .....	<b>75</b>
<i>Analys och kommentarer</i> .....	77
<i>Diskussion och sammanfattning</i> .....	78
<b>Bilagor</b> .....	<b>81</b>
<i>Bilaga 1. Intervjuguide</i> .....	81
<i>Bilaga 2. Fokusgruppintervju i referensgruppen</i> .....	82
<i>Reflektioner kring hur missbruk och beroende utvecklas</i> .....	82
<i>Reflektioner kring framgångsfaktorer</i> .....	83
<i>Bilaga 3. Öppenvård inom missbruk och beroende i kommuner inom nordost</i> ....	87
<b>Referenser</b> .....	<b>92</b>

*”Att man blir återaccepterad i samhället. Förut tyckte man att folk liksom ryggat till, det var inte den här vänskapliga tonen. Jag tycker att folk, de ser mig på ett helt annat sätt än tre år tillbaka. Nu är de trevliga, öppna och allting är mycket, mycket lättare.” Janne*

## **1 Inledning**

I FoU-rådet, där frågor aktuella för nordostkommunernas verksamhet inom socialtjänstens barn- och familjeomsorg diskuteras, väcktes idén att söka medel till detta projekt. FoU Nordost i Stockholms län är en interkommunal verksamhet vars huvudmän är Danderyd, Lidingö, Norrtälje, Täby, Vallentuna, Vaxholm och Österåker. Diskussioner i FoU-rådet om situationen för vuxna med missbruk ledde till att tjänstemännen i dessa kommuner efterlyste en gemensam utvärdering av vård och behandling för vuxna med missbruk och missbruksrelaterade problem. Den vanligaste formen av missbruk/skadligt bruk och beroende är enligt tjänstemännen i dessa kommuner missbruk av alkohol. Även illegala droger som amfetamin och cannabis missbrukas och blandmissbruk förekommer. Denna studie baseras på 15 intervjuer med personer som deltagit i missbruksvård eller behandling i kommuner inom nordost. Projektet har finansierats med medel från Länsstyrelsen och FoU Nordost i Stockholms län.

En ständigt aktuell fråga är vilken metod eller vilka förhållningssätt som fungerar för klienter i vård och behandling inom socialtjänsten. Vad beror det på att en metod/ett förhållningssätt fungerar eller inte fungerar? Vad fungerar för vem och när? Förekommer det att klienter blir drogfria utan någon metod, utan vård och/eller behandling? Vad är framgångsrikt? För att få svar på dessa frågor finns bland annat följande vägar att gå:

1. Att fråga personer med missbruk/beroende vad som fungerar.
2. Att studera objektiva mått.
3. Att fråga personalen som arbetar med klienter.

Denna studie riktar sig till personer med missbruk/beroende för att få fram deras erfarenheter och uppfattningar om den vård och behandling de deltagit i samt deras åsikter om drogfrihet och framgång.

Eftersom samhällets kostnader för missbruk och beroende har ökat de senaste åren finns det behov av kunskap om enskilda kommuners sätt att organisera verksamheten för vuxna som missbrukar alkohol och andra droger och att göra jämförelser mellan kommuner för att hitta samordningsvinster. Genom dokumentation och systematisk kunskapsutveckling på olika nivåer ökar möjligheterna att värdera nyttan av olika åtgärder och på sikt kunna minska kommunernas kostnader. Då är det också viktigt att veta vad klienterna tycker eftersom deras motivation och aktiva deltagande i vård och behandling är avgörande för utfallet.

## **Ökad alkoholkonsumtion – högre samhällskostnader**

Den totala alkoholkonsumtionen i Sverige ökade med 31 procent mellan 1995 och 2005, från 7,8 liter till 10,2 liter per år 100 procentig alkohol per invånare 15 år och äldre. Den registrerade konsumtionen för varje person över 15 år uppgick till 10,1 liter ren alkohol per år 2006 (Boman et al 2006).

Alkoholkonsumtionen leder till höga kostnader för samhället. I en studie från 2002 beräknade en forskargrupp från Stockholms och Lunds universitet samhällets kostnader för alkoholkonsumtion utifrån internationella kriterier och kom fram till att de totala kostnaderna uppgick till 20,3 miljarder kronor per år i Sverige. Av dessa kostnader beräknades socialtjänstens kostnader till 4,4 miljarder, varav 60 procent går till missbruksvård för vuxna och 40 procent till insatser för barn och ungdomar. Kostnader för socialtjänstens insatser går till institutionsvård och familjehemsvård samt till öppna insatser som boendestöd och individuellt behovsprövad öppenvård. Hälso- och sjukvårdens kostnader för missbruksvård under samma period var 2,2 miljarder (Boman et al 2006). Resten av de 20,3 miljarderna bekostar kriminalitet och produktionsbortfall (dödsfall, förtidspensionering, brottslighet och sjukfrånvaro) och en mindre del går till forskning och förebyggande arbete. Socialtjänstens kostnader för missbruksvård har ökat och uppgick till 5,4 miljarder kronor år 2007 (Socialstyrelsen 2009).

Vad kostar en person som missbrukar alkohol eller andra droger under ett antal år? I en publikation från Skolverket, Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut i samarbete *"Tänk långsiktigt!"* (2004) presenteras olika scenarier med beräkningar av kostnader till exempel för en persons missbruk under en femårs- respektive 30-årsperiod. Enligt räkneexemplet uppgår samhällets totala kostnader till

- 3,1 miljoner kronor för en person som missbrukar under en 5-årsperiod och
- 12-15 miljoner för en person som missbrukar under en 30-årsperiod. (Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut 2004)

Detta innebär att inklusive behandling kostar det samhället drygt en halv miljon per år när en person missbrukar alkohol och/eller droger. Den största kostnaden utgörs av kostnaden för allmänheten till följd av kriminalitet men höga kostnader till följd av missbruk beräknas för rättsväsendet, socialtjänsten och akutsjukvården (ibid.).

Vad gäller ekonomiska utvärderingar av tidig upptäckt och screening inom socialtjänsten finns det enligt Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2007 s.81) i stort sett inga sådana men man anser att tidig upptäckt minskar kostnaderna för socialtjänst, hälso- och sjukvård samt kriminalvård.

Alkoholkonsumtionen har historiskt sett varit större i Stockholms län än i landet som helhet men i början av 2000-talet började denna skillnad minska. Läget avseende hur narkotikaanvändningen i befolkningen utvecklats över tid är oklart på grund av att det genomförts få undersökningar på området (Centrum för folkhälsa 2006; SoS 2007).

### **Alkoholskatter – en del av alkoholpolitiken i de nordiska länderna**

Medan alkoholkonsumtionen i de flesta andra västeuropeiska länder sjunkit sedan 1970-talet har konsumtionsutvecklingen varit stigande i de nordiska länderna (Karlsson 2008).

Förutsättningarna för alkoholpolitiken i Sverige, Norge och Finland har förändrats de senaste tio åren. Tillgängligheten till alkohol har ökat, alkoholkonsumtionen har stigit och alkoholskadorna har ökat. Det finns ett samband mellan tillgänglighet till alkohol och nivån av alkoholkonsumtion (Room 2002). Trots att Norge inte gick med i EU har utvecklingen följt liknande mönster som i Sverige och Finland (Karlsson 2008). I dessa tre länder råder konsensus om alkoholpolitikens målsättningar, att sänka konsumtionen och att minska de alkoholrelaterade skadorna. Sverige har satsat resurser på att bygga upp en ny alkoholpolitik medan Norge har infört höga alkoholskatter och stränga införselgränser. Utvecklingen av alkoholpolitiken i Norge påminner mer om utvecklingen i Sverige och skiljer sig från den i Finland. Finland sänkte sina alkoholskatter 2004 i och med att införselgränserna för alkohol slopades inom EU. Efter skattesänkningen har konsumtionen och de alkoholrelaterade skadorna stigit. I Finland är tillgängligheten till alkohol större än i Sverige och Norge med fler butiker och längre öppettider (Cisneros Örnberg & Ólafsdóttir 2007). I Finland steg konsumtionen av alkohol år 2006 till 12,5 liter per år, till samma nivå som i Danmark (Tigerstedt & Österberg 2007).

Alkoholskattenivån i de nordiska länderna är bland de högsta i Europa, med Norge och Island i topp. Medan Sverige har den högsta spritskatten har Finland bland de högsta skatterna på öl och vin i EU. Spritskatten i Finland är betydligt lägre än i de övriga nordiska länderna och på samma nivå som i Storbritannien men lägre än på Irland (Karlsson 2008).

Hur ser det ut med vård för människor med missbruksproblem i de nordiska länderna? Den svenska tvångsvården av vuxna med missbruk ökade under 1980-talet medan tvångsvård i de andra nordiska länderna är ovanlig. Närmare 1500 tvångsintagningar på speciella behandlingsinstitutioner registrerades år 1990 i Sverige, mot 15 i Norge, nio i Finland, inga i Danmark. Antalet vuxna som tvångsomhändertagits i Sverige har sedan dess sjunkit något. År 2007 låg den på 951 (Stenius 2008).

Jämförelser mellan de nordiska länderna är svåra att göra. I Sverige finns till exempel ingen tillförlitlig statistik över hur många personer med missbruksproblem som tvångsvårdas inom psykiatri. Finlands missbruksvård bygger på frivillighet även om Lag om missbrukarvård från 1987 ger möjlighet till tvångsvård upp till fem dagar, men dessa åtgärder registreras inte och syns därmed inte i statistiken. I Finland hade man år 1990 fler än 600 tvångsintagningar med alkohol- eller narkotikadiagnoser inom psykiatri. Finland var det enda nordiska landet som registrerade tvångsvården inom psykiatri. Finlands intagningar med alkoholdiagnoser låg tre gånger över Sveriges, fyra gånger över Norges och åtta gånger över Danmarks (Stenius 2008).

## **Syfte**

I projektet ligger fokus på de tillfrågade personernas upplevelser och erfarenheter av anledningar till att de börjat missbruka alkohol och/eller andra droger samt deras syn på vård och behandling inom missbruk och beroende. Projektets syfte är att genom intervjuer undersöka vad några vuxna personer med missbruk och beroende anser vara framgångsrikt på vägen till nykterhet.

## **Frågeställningar**

Studiens övergripande frågeställningar är följande:

1. Hur beskriver personer sin sociala situation och varför har de börjat missbruka alkohol och/eller andra droger?
2. Om det skett förändring vad är det i så fall som har skapat förändringen?
3. Vad är framgångsrikt för att bli drogfri?

De specifika frågor som ställdes till respondenterna framgår av bilaga 1.

## **Referensgrupp**

Samtliga sju nordostkommuner: Danderyd, Lidingö stad, Norrtälje, Täby, Vallentuna, Vaxholms stad och Österåker, som ingår i FoU Nordost har deltagit i projektet. En referensgrupp har varit knuten till projektet med en medarbetare från varje kommun samt en forskningsassistent och projektledaren från FoU Nordost. Gruppen har träffats regelbundet en till två gånger per termin sedan 2007 och diskuterat generella frågor kring projektet. Sammanlagt har 15 personer, fyra män och elva kvinnor, med erfarenhet av arbete med vuxna som har alkohol- och narkotikarelaterade problem medverkat i referensgruppen. Både enhetschefer, behandlare, samordnare och socialsekreterare med beroende- och missbruksinriktning har varit representerade.

## **Frågor till referensgruppen**

I referensgruppen har följande frågor diskuterats.



1. Varför börjar människor missbruka alkohol och andra droger?
2. Vem lägger man ansvaret på?
3. Hur blir personer med missbruk eller beroende drogfria?
4. Vilken roll har behandling i tillfrisknandet?

### **Rapportens disposition**

Efter denna inledning följer avsnitt om vad missbruksbehandling styrs av samt skillnader mellan kommunerna, teoretisk referensram med litteraturgenomgång, studiens upplägning, metod, målgrupper, etiska överväganden, avgränsningar och generalisering. Sedan följer resultat, analys och diskussion.

## **2 Missbruksbehandling – vad styrs den av?**

Missbruksvården har historiskt styrts mer av vårdideologiska övertygelser, politiska och ekonomiska konjunkturen och skiftande terapeutiska metoder över tid, än av forskningsbaserad kunskap om klienternas behov, om missbruksproblemens omfattning och karaktär och om konsekvenserna av olika interventioner (Blomqvist 2010).

Klienter som deltar i behandling är ofta marginaliserade beträffande bostäder, arbete och familj (Storbjörk 2006). Skälen till behandling skiljer sig åt men klienters eget val/egen motivation att komma till behandling och olika påtryckningar utesluter inte varandra. Påtryckningar tenderar att korrelera med rapporterat eget val. Att ha deltagit i behandling tidigare predicerar också att man blir behandlad igen. Storbjörk (2006) framhåller att organisatoriska förändringar i behandlingssystem ofta drivs av ekonomiska nedskärningar, professionella strider och tillfälligheter snarare än av forskningsresultat, implementeringsförsök eller omsorg om klienters bästa. Ingen enskild behandlingsmetod tycks vara överlägsen för alla som har alkohol- eller drogproblem. Vad som hjälper vem är alltså en obesvarad fråga (Blomqvist 2007).

Frånvaron av skillnader i utfall mellan olika slags psykoterapeutisk forskning har konstaterats. Enligt Project MATCH har matchningshypoteser inte kunnat verifieras. Man saknar stöd för nytta med matchning, att vissa typer av interventioner skulle vara effektiva för vissa typer av problem eller individer (Bergmark 2009). I stället anses terapeutens empati och terapeutisk allians viktigare i behandlingssammanhang (ibid.)

### **Behandlingsmetoder**

Följande tabell ger en bild av de psykosociala behandlingsmetoder som används nationellt i arbete med klienter med missbruk och beroende. I Socialstyrelsen kartläggning från 2003 tillfrågades 611 behandlingseinheter inom sjukvård, socialtjänst, kriminalvård och privata vårdgivare om metodanvändning (Socialstyrelsen 2009). De fetmarkerade metoderna rekommenderas i de nationella riktlinjerna (Socialstyrelsen 2007). Efter 2003 har man på Socialstyrelsen inte gjort några sammanställningar av insamlade uppgifter på grund av stort bortfall (Socialstyrelsen 2009).

**Tabell nr 2. Metoder som 2003 användes inom missbruksvård**

Metod	Antal 611
Social färdighetsträning	32%
Jagstärkande psykoterapi	31%
<b>12-stegsbehandling</b>	25%
<b>Kognitiv beteendeterapi</b>	19%
Lösningsfokuserad modell	16%
Socialpedagogisk ansv.m.	11%
<b>Motiverande samtal</b>	10%
Systemteoretisk modell	10%
Beteendeterapi	10%
Akupunktur	9%
CRA <sup>1</sup>	1%

Källa: Socialstyrelsen 2009

De metoder och insatser som enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer (Socialstyrelsen 2007) har ”högt bevisvärde”, det vill säga där det finns minst två väl genomförda och av varandra oberoende studier med samma resultat, är för målgruppen *Klienter med missbruk eller beroende av alkohol*:

12-stegsprogram  
Kognitiv beteendeterapi med fokus på missbruk  
Motivationshöjande behandling  
CRA-behandling  
Kort intervention  
Interaktionell terapi  
Dynamisk terapi  
Familjeterapi med fokus på missbruk och beroende

Gemensamt för de metoder som visar effekt vid psykosocial behandling av alkoholproblem är att behandlingen har

- Klar struktur
- Fokus på missbruk och beroende
- Väldefinierade åtgärder
- Detaljerade riktlinjer, det vill säga är manualbaserade (Socialstyrelsen 2007).

De metoder som används nationellt i behandling med vuxna som har missbruks- och beroendeproblem är bland annat *kognitiv beteendeterapi* och *12-stegsbehandling* som har dokumenterad effekt på alkoholmissbruk hos vuxna (SBU 2001; Socialstyrelsen 2007). I nordostkommunerna har

---

<sup>1</sup> CRA=Community Reinforcement Approach

motiverande samtal och jagstärkande samtal inom öppenvård varit frekvent använda enligt en studie med socialarbetare (Eriksson 2006). *Återfallsprevention* som används inom nordostkommunerna både inom öppenvård och på de behandlingshem där klienterna varit placerade är en manualbaserad behandlingsmetod som utgår från kognitiv beteendeterapi för att hjälpa klienter att undvika återfall efter en inledd beteendeförändring. *Case management* som innebär att ett team arbetar kring varje klient både uppsökande, utredande, samordnande och behandlande inom områden som missbruk, psykisk sjukdom och sociala problem förekommer i en del kommuner. En kontaktperson (case manager) tillsätts som aktivt arbetar med några klienter. Personalen i teamet stödjer varandra utifrån sina specialkompetenser inom socialtjänst, psykiatri, missbruk, beroende etcetera. En svårighet för case managern är avsaknaden av att kunna ta eller föreslå beslut, utan det som han/hon gör sker ofta i samråd eller måste verkställas av andra antingen inom den egna organisationen eller av andra myndigheter (Matscheck 2011).

## **MI**

Motiverande samtal (MI= Motivational Interviewing) har på senare tid fått genomslag inom missbruks- och beroendevården. Upphovsmännen till metoden är Willian Miller och Stephen Rollnick (2002). MI bygger på inlärnings- och socialpsykologi och är en samtalsmetod med syfte att nå ett optimalt samarbete mellan klient och behandlare. MI används för att motivera personer att förändra sitt beteende. MI är en klientcentrerad, målfokuserad samtalsmetod och ett förhållningssätt som fokuserar på motivationsprocesser för att uppnå förändring där utgångspunkten är den hjälpsökandes uppfattningar. Den professionella samtalspartnern erbjuder ett reflekterande rum där klienten är den aktiva parten och får möjlighet att utforska sin motivation och ta ställning till eventuell förändring. Ett aktivt, empatiskt lyssnande är grunden i MI där redskap som bemötande, bekräftelse och komplexa, nyskapande reflektioner, sammanfattningar och öppna frågor är centrala (ibid.).

Utgångspunkten för motiverande samtal är att klienten har egna resurser att genomföra en förändring. MI är ett förhållningssätt och en metod för att öka sannolikheten av att klienten ändrar sitt problembeteende. MI bygger på ett antagande att de flesta människor vill förändra sig. Miller och Rollnick (2002) anser att i stället för att fråga *varför människor inte förändrar sig* är det mer meningsfullt och givande att fråga *varför förändrar sig människor?* (Miller & Rollnick 2002, s.17-18). MI är en personcentrerad och guidande metod för kommunikation med målet att tydliggöra och förstärka en persons egen motivation till en (positiv) förändring (ibid.).

Ordet motivation och beredskap till förändring används ofta som synonymer (Ortiz 2008). Motivation till förändring kan förklaras av tre omständigheter. Motivation finns

1. om frågan är *viktig* för oss, det vill säga om vi *önskar*, *vill* eller *tycker* att *det finns ett behov* av att förändra något
2. om vi *kan* genomföra förändringen
3. om det finns något som vi vill komma bort ifrån (problem, lidande etcetera) och något som vi vill uppnå (drivkraft), det vill säga att vi har beredskap till förändring. Hög motivation finns om de två första faktorerna samtidigt har ett högt värde (ibid.).

### ***Substitutionsbehandling***

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen 2007) rekommenderas följande:

#### *Biologiska test för alkohol*

- Etanolhalt i blod, urin eller i utandningsluft för identifiering av pågående eller nyligen avslutat alkoholintag
- EtG, EtS eller 5-HTOL genom urinprov för att påvisa alkohol under senaste dygnet/dygnen
- CDT och GT genom blodprov för att identifiera ett långvarigt högt alkoholintag
- ASAT, ALAT och MCV genom blodprov för identifiering av långvarig alkoholkonsumtion.

Följande rekommenderas för

#### *Biologiska test för narkotika*

- Urinprov för laboratorieanalys och snabbtest (remsa för urinprov, måste bekräftas av klient/patient eller genom laboratorieanalys)
- Cannabis – mätning av THC-halt i urin
- Heroin – mätning av 6-monoacetylmorfin och morfin i urin
- Amfetamin – utsöndras som oförändrad substans i urinen
- Kokain – mätning av bensoylekgonin i urin
- Övriga substanser (t.ex. ecstasy, LSD, metadon, GHB, barbiturater, opiater, Kath) genom urinprov.

Det saknas specifik läkemedelsbehandling för abstinenssymptom för narkotika när det gäller

- Amfetamin, kokain, cannabis och hallucinogener.

För behandling av agitation och oro i samband med abstinensbehandling föreslås generellt

- Bensodiazepiner

Vid farmakologisk behandling av narkotikaproblem rekommenderas

- Metadon och Subutex plus psykosocial behandling – opiater

- Disulfiram (Antabus) och eventuell rådgivning, beteendeterapi – kokain.

Vid farmakologisk behandling av alkoholproblem rekommenderas

- Akamprosat (Campral) plus medicinska råd, stöd och uppföljning
- Naltrexon (Revia) plus medicinska råd, stöd och uppföljning
- Disulfiram (Antabus) med kontrollerat intag (ibid).

### **Bedömningsinstrument i kommuner inom nordost**

Inom socialtjänsten i nordostkommuner används bland annat följande bedömningsinstrument av dem som arbetar med missbruk och beroende.

**ASI** (Addiction Severity Index) är en strukturerad intervjumetod som började användas i en kommun inom nordost år 2003. Sedan utbildning i ASI organiserats i nordostkommunerna av FoU med medel från Länsstyrelsen år 2007 och 2009 inom ”Ett kontrakt för livet” har antalet ASI-användare ökat, även om antalet användare är relativt litet, cirka 30 personer våren 2011. ASI-nätverk för användare inom FoU Nordost träffas cirka en gång per termin.

**ASAM**-analys (ASAM=American Society of Addiction Medicine) används i en av kommunerna för att bli säkrare i bedömningen av behandlingsplacering för klienter inom öppenvård eller slutenvård. ASAM som introducerades i Sverige av Thomas Coyne görs efter ASI-intervjun som grund. Vid ärendedragning inför behandlingsplanering utgår man från ett antal av ASAM:s dimensioner som diskuteras i gruppen. ASAM är ett manualbaserat formulär.

**ADAD** (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) är en ungdomsversion av ASI. Dess syfte är att ge bättre underlag för behandlingsplanering och möjlighet till en dialog med ungdomen om problem och behov. Förutom frågor kring de sju livsområden som finns i ASI innehåller ADAD även frågor om skolgång och kamratumgänge.

**ADDIS** (Alkohol Drog Diagnos Instrument) är det enda svenska instrumentet baserat på DSM-IV och ICD-10 för bedömning och diagnostik som kan användas såväl inom socialtjänsten som sjukvården och som är validerat för svenska förhållanden samt kvalitetsgranskat av Socialstyrelsen. Det är översatt från SUDDS (Substance Use Disorder Diagnosis Schedule). Dess syfte är att på ett tidigt stadium identifiera alkohol- och drogberoende. Den bedömning som görs med stöd av DSM-IV och ICD-10 diagnoskriterier kan utgöra grund för en diagnos. Utbildning i ADDIS har organiserats år 2008 och 2009 med stimulansmedel från Länsstyrelsen i Stockholms län av FoU Nordost i samarbete med utomstående utbildare. ADDIS-net lanserades hösten 2010.

**AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test) och **DUDIT** (Drug Use Disorders Identification Test) används för att överhuvudtaget upptäcka alkohol- och narkotikamissbruk.

Stockholms län ingår sedan 2008 i SKL:s satsning ”Kunskap till praktik”. Utbildning av utbildare har organiserats av SKL i mån av plats 2008-2010. Det gäller till exempel utbildningar i ASI, ADAD, AUDIT/DUDIT, MI, HAP (haschprogram), Återfallsprevention och Samordnad Vårdplan.

### **Insatser i socialtjänstens missbruksvård**

För att beskriva socialtjänstens missbruks- och beroendevård kan begreppet psykosociala insatser användas. Avsikten är att inkludera verksamhet avsedd att förändra en persons förhållningssätt till sina problem med missbruk/beroende. Det innebär att övrigt utredningsarbete eller ekonomiskt bistånd inte inräknas i definitionen.

#### *1. Innehåll*

Den ena dimensionen *innehåll* består av

##### *Psykosocial behandling*

Fyra kriterier gäller för psykosocial behandling enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer (Socialstyrelsen 2007): evidens, intention, kompetens och terapeutisk kontext. Behandlingen baseras på systematiskt grundade metoder som 12-steg, KBT, MI etcetera.

##### *Psykosocialt stöd*

Stödet innehåller åtgärder som syftar till att stödja klienten i dennes livssituation: boende, arbetsträning, stödjande samtal och så vidare.

#### *2. Form*

Den andra dimensionen *form* innehåller

*Öppenvård.* Individuellt behovsprövad vård enligt SOL som organiseras av kommunen som återfallsprevention etcetera.

*Slutenvård.* Frivillig institutionsvård enligt SOL eller tvångsvård på institution enligt LVM där klienten vistas dygnet runt.

### **Aktuell lagstiftning**

Lagar inom socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården som gäller vid arbete med missbruks- och beroendevård för vuxna är följande:

- Förvaltningslagen
- Socialtjänstlagen
- Hälso- och sjukvårdslagen, HSL
- Sekretesslagen

- Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

Integrerad behandling i öppenvård av missbruk/psykisk sjukdom visar resultat som är bättre än behandling för missbruk eller psykisk sjukdom var för sig. Nya lagen understryker vikten av att arbeta integrerat (SFS 2009:981 och SFS 2009:979). Översyn av flertalet lagar pågår.

## Definitioner

I studien används benämningen drog för alkohol samt narkotika och andra legala eller illegala substanser som används i syfte att påverka och förändra individens sinnesstämning. Eftersom återfall är en aktiv handling med egen möjlighet att påverka sin situation används uttrycket ”att ta återfall” inte ”att ha återfall”.

Bruk av alkohol och narkotika kan ses som ett kontinuum från ingen användning – experimentell användning – socialt bruk - riskbruk – missbruk/skadligt bruk – beroende, där beroende är det allvarligaste.

De internationella diagnoskriterierna för substansmissbruk och substansberoende finns definierade i DSM-IV och ICD-10. DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) använder begreppen beroende och missbruk (abuse). ICD-10 (International Classification of Mental and Behavioural Diseases) skiljer på beroende och skadligt bruk (harmful use) (American Psychiatric Association 1999). Definitioner enligt DSM-IV och ICD-10 är i stort sett lika med den skillnaden att DSM-IV använder sju kriterier medan ICD-10 använder sex kriterier för beroende. DSM-IV används huvudsakligen inom psykiatrisk forskning medan ICD-10 används inom svensk sjukdomsklassifikation (Gerdner 2009).

**Beroende enligt DSM-IV** (American Psychiatric Association 1999) innebär att minst *tre* av sju kriterier under en och samma 12-månadersperiod uppfylls:

1. Tolerans (behov av ökad mängd för att nå effekt eller minskad effekt vid fortgående bruk)
2. Abstinenssymtom eller fortgående bruk för att lindra eller undvika symtom
3. Drogen används i större mängd eller under längre tid än vad som avsågs
4. Varaktigt önskan eller misslyckade försök att minska/kontrollera substansbruket
5. Mycket tid ägnas åt att försöka få tag på substansen
6. Viktiga vardagsaktiviteter minskas/överges på grund av substansbruket
7. Fortsatt användning trots vetskap om substansens fysiska eller psykiska konsekvenser



**Beroende enligt ICD-10** (American Psychiatric Association 1999) innebär att *tre* av sex kriterier är uppfyllda.

1. Toleransökning
2. Fysiska abstinenssymtom
3. Svårigheter att kontrollera konsumtionen av substansen
4. Ett starkt behov ("sug") eller tvång att ta substansen
5. Tilltagande ointresse av annat p.g.a. substansen
6. Fortsatt konsumtion trots fysiska eller psykiska skador

**Missbruk** (substance abuse) innebär **enligt DSM-IV** (American Psychiatric Association 1999) att minst ett av följande kriterier under en och samma 12-månadersperiod uppfylls.

1. Upprepat substansbruk som leder till att individen misslyckas att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller hemmet
2. Upprepat bruk i situationer som medför betydande risker för fysisk skada, t.ex. rattonykterhet
3. Upprepade drogrelaterade problem med rättsväsendet
4. Fortsatt bruk trots återkommande problem av social natur på grund av substans effekterna
5. Symtomen har aldrig uppfyllt kriterierna för beroende av den aktuella substansen

**Skadligt bruk** (harmful use) **enligt ICD-10** (American Psychiatric Association 1999) innebär: bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk (ex. intravenöst missbruk) eller psykisk (som depressionsperioder, sekundäreffekt av hög alkoholkonsumtion). Diagnosen skadligt bruk kan ställas om det föreligger ett substansbruk som medför faktiska medicinska skador som kan vara fysiska eller psykiska.

*Negativa psykologiska och sociala konsekvenser* betonas för diagnos missbruk i DSM-IV, medan *negativa hälsokonsekvenser* betonas för skadligt bruk i ICD-10. Kriterierna överlappar varandra och diagnossystemen är i hög grad ense (jfr. Gerdner 2009). DSM-IV kommer att uppdateras till DSM-V år 2013 ([www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)).

**Alkoholmissbruk** definieras i ASI som hög alkoholkonsumtion till berusning fler än 14 av de senaste 30 dagarna, det vill säga nästan varannan dag per vecka (Armelius & Armelius 2009b).

**Narkotikamissbruk** definieras som "allt missbruk av narkotika, där injektion förekommer samt allt övrigt dagligt eller så gott som dagligt missbruk av narkotika" (CAN, rapport 115).

**Riskbruk** finns inte upptaget i något klassifikationssystem och är ingen medicinsk diagnos. Den pekar emellertid på det faktum att bruk av psykoaktiva substanser innebär risker för den enskilde individen som kan bli svåra att hantera på sikt. Varje bruk av narkotika, som är ett illegalt bruk av droger, är ett missbruk. Användningen av läkemedel som skrivs ut och används i självmedicinerande syfte kan handla om antingen riskbruk eller missbruk.

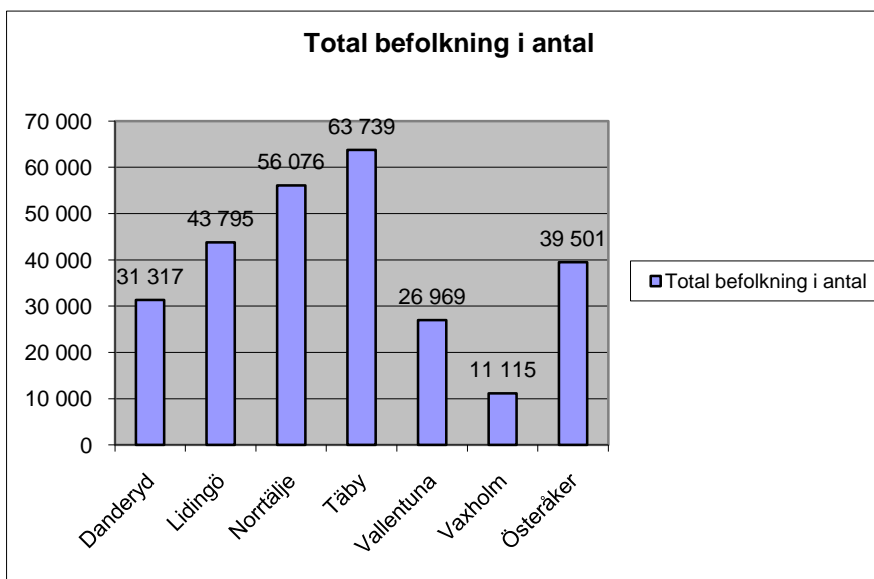
De definitioner som används är missbruk/skadligt bruk och beroende, riskbruk tas inte upp i denna rapport.

## 4 Interkommunala skillnader i nordostkommuner

Det finns en spridning både vad gäller invånarantal, andelen yngre/äldre, andelen med utländsk bakgrund samt geografiska, socioekonomiska med mera skillnader mellan kommunerna.

Nordostkommunerna skiljer sig demografiskt. Som framgår av tabell 1 är invånarantalet mellan 11 000 (Vaxholm) och närmare 64 000 (Täby). Det sammanlagda invånarantalet i dessa kommuner är drygt 270 000.

**Tabell 1. Befolkning i nordostkommunerna**



Stapeldiagrammet bygger på SCB:s siffror, befolkning 1 november 2010

Det finns både geografiska skillnader, skillnader mellan glesbygd, storstad, skärgård, landsbygd samt skillnader i åldersfördelning. Tre kommuner, Vallentuna, Vaxholm och Österåker, har en högre andel yngre bland befolkningen samtidigt som de har en lägre andel personer över 65 år.

Andelen utrikes födda bland befolkningen är lägre i nordostkommunerna jämfört med Stockholms län totalt. I Stockholms län var andelen 20,2 procent och bland befolkningen i hela Sverige 13,8 procent år 2008 (SCB 2009). Andelen utrikes födda var något högre i två kommuner: 14,1 procent i Lidingö och 13,9 procent i Täby, medan andelen var lägre än riksgenomsnittet år 2008 i resten av nordostkommunerna; 13,4 procent i

Danderyd, 11,6 procent i Österåker, 11,0 procent i Vallentuna samt 9,3 i Norrtälje och 9,1 i Vaxholm.

Det finns skillnader i den sociala strukturen mellan nordostkommunerna, framför allt beträffande utbildningsnivå. Andelen 16-74 år med eftergymnasial utbildning var högst i landet i Danderyd med 40 procent år 2008. I Lidingö var andelen 36 procent, i Täby 34 procent, i Vaxholm 29 procent medan andelen i Vallentuna och i Österåker låg vid 23 procent. Andelen med eftergymnasial utbildning var 16 procent i Norrtälje (SCB 2009). Förutom skillnader i utbildningsnivå finns det också skillnader i ekonomiska faktorer; några kommuner har mindre goda ekonomiska tillgångar, andra tillhör de rikaste i landet.

### **Självrapporterad alkoholkonsumtion i nordostkommunerna**

Hur är det med alkoholkonsumtionen i kommunerna? SoRAD, Stockholms universitet har inhämtat uppgifter om intervjupersoners (16-80 år) självrapporterade alkoholkonsumtion i telefonintervjuer. Uppgifterna avser konsumtionen i respektive kommun i Stockholms län under åren 2003 till 2005. Konsumtionen har räknats om till 100 procent alkohol och därefter har den indexerats, vilket innebär att den kommun som haft den genomsnittliga konsumtionen i länet under perioden (Sollentuna) har givits indexvärdet 100 (Centrum för folkhälsa 2006).

Högst självrapporterad alkoholkonsumtion i nordostkommunerna hade man i Danderyd som hade ett indexvärde på 147, vilket innebär att konsumtionen var 47 procent högre än genomsnittet bland kommunerna i Stockholms län. Täby hade indexvärde 120, Österåker 115, Vaxholm 111, Lidingö 106 medan två kommuner Norrtälje 86 och Vallentuna 80 hade lägre genomsnittlig konsumtion enligt denna undersökning (Centrum för folkhälsa 2006).

Inom nordostkommunerna skiljer sig gruppen vuxna med missbruk från ungdomar, de förra har haft alkohol medan de senare kan ha haft narkotika som ingångsdrog (Eriksson 2006). Narkotika som förekommer i kommunerna inom nordost är kokain, cannabis, heroin, amfetamin men även så kallade ”nättdroger”.

## 5 Teoretisk referensram

Här ges en bakgrund till vilka förklaringsmodeller som är aktuella och som används inom området missbruk/skadligt bruk och beroende. De teoretiska perspektiv som berörs är bland annat förändringsprocesser, motivation, skam/skuld och stolthet samt salutogent perspektiv.

Missbruk och beroende av alkohol och andra droger betraktas som multifaktoriella problem inom ett tvärvetenskapligt kunskapsområde med sociala, psykologiska, biologiska, genetiska med flera faktorer (Blomqvist 2002, 2010; Fahlke 2008). Som en förklaringsmodell till missbruk/beroende kan användas ett bio-psyko-socialt synsätt (Blomqvist 2010; Nyberg 2008), där bio syftar på biologi – kropp, psyko på psykologi och social på den sociala situationen, det sammanhang och den kultur vi lever i. Den bio-psyko-sociala missbruksforskningen fokuserar på etiologin, orsakssambanden bakom missbruk/beroende, vad som vidmakthåller ett missbruk/beroende och vad som predicerar återfall. Beroende anses enligt denna forskningsinriktning vara ett bio-psyko-socialt tillstånd med flera samtidiga symtom som har att göra med arbete, relationer, psykisk hälsa, fysisk hälsa, kriminalitet etcetera med sociala och kulturella inslag. Biologisk psykologi, ett vetenskapligt kunskapsområde med inriktning på att förstå och förklara psykologiska faktorer med hjälp av biologiska processer, där ett långsiktigt mål är att identifiera psykologiska risk- och skyddsfaktorer kan utgöra stöd för behandlingen. Några signalsubstanser som kan vara av intresse för beroendeforskning är *dopamin* som är involverat i uppkomsten av positiva känslor och *serotonin* som inverkar på sinnesstämning och reglerar vissa beteenden (Fahlke 2008).

För att komma tillrätta med problemen med missbruk och beroende krävs ofta åtgärder som omfattar både förebyggande arbete, öppenvård och slutenvård samt överenskommelser grundade på behov av samarbete och samverkan på både regional och nationell men även på internationell nivå.

### Vägen in i missbruk/beroende

Vägen in i missbruk/beroende är oftast en process med olika faser som innebär att testa, konsumera, bli riskkonsument, missbruka, att utveckla ett regelbundet och även fysiskt beroende. Gyllenhammar (2005) betonar tre aspekter som viktiga att beakta vid beroende:

1. tolerans eller abstinenssymtom,
2. sug eller inre tvång att ta substansen samt
3. om individens beteende påverkas eller styrs av drog användandet.

Gyllenhammar menar att vid diagnostisering av ett beroende har det tvångsmässiga suget givits en central betydelse. Han framhåller också att berusning och abstinensreaktioner skiljer sig åt beroende på den drog man intagit medan upplevelsen av sug är likartad för olika droger (ibid.).

Följande orsaker till missbruk och beroende (Blomqvist 2002; Koski-Jännes 2004) har bland annat identifierats:

*Mognads- och utvecklingshistorien* berättar om en barndom präglad av utanförskap och svag självkänsla där det tidiga drogbruket blev ett sätt att finna social tillhörighet.

*Omvändelsehistorien* som beskriver missbruket främst som ett resultat av drogens dragningskraft eller den egna läggningen (där lösningen kommit vid existentiell kris där AA/NA-berättelser och kristna tankar om skuld och försoning skymtar bakom).

*Insikts- och frigörelsehistorien* skildrar en traumatisk uppväxt präglad av osynlighet och svårighet att uttrycka känslor där det initiala drogbruket beskrivs som en självmedicinering.

*Rationalitet och viljestyrka* där drogbruket beskrivs som ett fritt val med möjlighet till snabba pengar eller makt och inflytande i drogvärlden. (Blomqvist 2003, s. 8-9).

Enligt Brickman med flera (1982) kan fyra grundläggande modeller urskiljas:

- 1) *Den moraliska modellen* ser individen som ansvarig för uppkomsten av sina problem men kapabel att själv lösa dem.
- 2) *Expertmodellen* ser individens problem som en effekt av krafter hon inte själv kan påverka och är oförmögen att lösa dem utan professionell hjälp.
- 3) *Fostransmodellen* ser individen som ”skyldig” men oförmögen att lösa sina problem utan hjälp av inre eller yttre kontroll och stöd från högre moralisk auktoritet.
- 4) *Kompensatoriska modellen* som ser henne som kapabel att lösa det om hon ges nödvändiga förutsättningar. (Blomqvist 2009, s.14).

Under 1960- och 70-talen började narkotikaanvändande formuleras som ett allvarligt samhällsproblem (Bauman 1991). Droger exponeras på ett annat sätt i samhället i dag än tidigare. Även tillgängligheten till droger har ökat.

### **Förklaringsmodeller för att komma ut ur missbruk**

Olika vägar ut ur missbruk har identifierats av Hänninen & Koski-Jännes (1999) och Koski-Jännes (1998):

- 1) Den traditionella AA/NA-rörelsen som erbjuder gemenskap och kontinuerligt stöd i drogfrihet.
- 2) Den personliga tillväxten, där individen börjat känna sig själv, acceptera den han/hon är och hitta egna signaler.
- 3) Via en annan människas medberoende där anhängstöd och deltagande i anhängbehandling är betydelsefull för den andres tillfrisknande.
- 4) Ett fattat beslut, det vill säga viljestyrka hos individen, att man bestämmer sig att avstå från alkohol och droger.
- 5) Den stora kärleken som bekräftar en.

Ytterligare förklaringar för vägen in i och ut ur missbruk är enligt Blomqvist (2007).

*Individuella förutsättningar* – ”Värderingar, förmågor, erfarenheter; personliga och sociala resurser”

*Livshändelser* – ”Negativa följder; vardagliga eller dramatiska ’vändpunkter’; positiva incitament”

*Strukturella faktorer* – ”Fördelning av materiella resurser; alkohol- och narkotikapolitik; dominerande synsätt; socialpolitik”

*Relationer* – ”Närstående och vänner utanför missbruksvärlden; professionella och informella stödsystem”  
(Blomqvist 2007, s.25).

Blom och Morén (2006, s.268) framhåller följande faktorer som centrala för förändringsprocesser

- *Personligt förhållningssätt*, personligt bemötande, empati
- *Tillitens betydelse*, förtroende för människor, relationer och egna ansträngningar
- *Kontextens betydelse*, den kultur som finns i individens livssammanhang och den anda som präglar generationen
- *Oväntade processer och händelser*, det vill säga individuella förväntningar, behov och händelser som kan få inflytande på händelseförloppet.

Ytterligare förklaringar mot drogfrihet presenteras av Zimberg med flera (1978) som har utvecklat en systematisk modell för processen ut ur missbruk och beroende.

*Steg I: Stöd och struktur*

1. Jag kan/får inte dricka/droga mig - behov av yttre kontroll

En individ som befinner sig på steg I kännetecknas av en växande insikt om det omöjliga i ett missbruk och en oförmåga att styra sin egen konsumtion.

### *Steg II: Reflektion och internalisering av kontroll*

2. Jag vill inte dricka/droga mig - på väg mot inre kontroll

Steg II kännetecknas av ökande insikt i missbrukets konsekvenser där förhållningssätt i behandlingsinsatser med tonvikt på reflektion, bearbetning och ansvar rekommenderas.

### *Steg III: Fokus på bakomliggande orsaker*

3. Jag behöver inte dricka/droga mig - lösning av inre konflikter

Steg III kännetecknas av att drogen förlorat sin laddning (Melin & Näsholm 1998).

Hedin (2002, s.217) som undersökt kvinnors uppbrott från missbruk beskriver förändringsförlopp som bestående av fyra delar,

1. *"Kris- och reaktionsfas"* där psykiska och psykosomatiska symtom dominerar,
2. *"Uppbyggnadsfas"*, där klienter arbetar, studerar och etablerar nya relationer.
3. *"Återfallsfas"* där klienter stöter på svårigheter.
4. *"Stabiliseringsperiod"* där de nya erfarenheterna integreras och där kvinnorna börjar känna sig mer hemmastadda och trygga i sin nya roll. Kvinnorna saknade och kämpade för att få tre typer av grundresurser för ett nytt liv: *"egen bostad, meningsfullt arbete eller sysselsättning och inkomst för försörjning"*. (Hedin 2002, s.218).

## **Stadier i förändringscirkeln**

Prochaska, Norcross och DiClemente (Prochaska et al 2002) har utvecklat en modell för förändring. De gjorde en djupanalys av följande teorier: psykodynamisk teori, humanistiska/existentiella teorier, gestaltteori samt kognitiva och behavioristiska teorier för att förklara förändring. Dessa teorier skildrar hur individen upplever sin förändring som är tillämpbar till exempel när en individ går från ett aktivt missbruk till ett liv i drogfrihet.

Prochaska med fleras (2002) teoretiska modell "Stages of Change" beskriver olika stadier i en förändringsprocess. Tanken är att klienter använder sig av olika redskap och tekniker i olika stadier av förändring och har nytta av skilda slags interventioner för att kunna komma vidare i sin utveckling. Information, råd, stöd och hjälp får störst effekt när de följer naturliga förändringsprocesser och anpassas till den fas i förändring där klienter befinner sig. Det gäller att identifiera och rätt tolka tecknen i vilken fas klienten befinner sig för att kunna hjälpa vid förändring (ibid.).

Prochaska med flera (2002) fann att de som antingen själva eller med hjälp utifrån lyckats komma ur sitt missbruk har använt sig av de olika stadierna under olika faser på väg mot drogfrihet. De har valt stadium utifrån den situation de befann sig i vid tillfället. Deras modell för förändring av ett beteende har presenterats både linjärt, cirkulärt och i spiralform. Den kan ses



som en rörelse som löper genom olika stadier i en cirkulär process där sex stadier kan urskiljas under en förändringscykel. Enligt modellen är individen i olika grad mottaglig för olika typer av påverkan beroende på vilket stadium han eller hon befinner sig i. Lägst sannolikhet för förändring har det första stadiet. Stadierna har under deras 15-åriga existens givits olika översättningar på svenska (Forsberg 2001). De olika faserna beskriver förändringens utveckling och kännetecknas av följande och visas i modellen nedan.

*Före begrundan/problemfri/det oreflekterade stadiet (precontemplation)* kännetecknas av att individen har motstånd mot förändring. Han eller hon uppfattar sig inte ha några problem och har inte heller intention att ändra sitt beteende. I detta stadium kan kunskapen om förändring förmedlas genom att klienten stimuleras att aktivt reflektera över sitt beteende och få insikt om negativa konsekvenser av ett visst beteende.

*Begrundan/ambivalens/övervägande (contemplation)* kännetecknas av att individens grundläggande värderingar och mål understödjer eller hindrar en förändring. Dessutom betonas vikten av hur man tänker om sig själv. I detta stadium gäller det för behandlaren att hjälpa individen att tänka igenom en livsstilsförändring utifrån sina värderingar.

*Förberedelse/beslut (preparation)* kännetecknas av att individen planerar att ta steget till en förändring. Rådgivarens och behandlarens roll är att vid rätt tidpunkt ställa frågor som stimulerar klienten att dra slutsatser och fatta egna beslut om förändring.

*Handling/prövande (action)*. Detta stadium innebär en rad förändringar där individens nya beteenden, hållning, tänkande och ansträngningar behöver bli förstärkta för att utvecklas vidare.

*Bibehållande/vidmakthållande/stabiliseringsfas (maintenance)* är det stadium där fortsatt långsiktig förstärkning av nya beteenden samt en ny livsstil är viktiga, liksom stödjande relationer och medvetenhet om fallgropar.

*Avbrytande (termination)* är det stadium som är målet för förändring.

*Återfall* kan ses som en tillbakarörelse mellan stadierna. Individer som tar återfall återkommer till ett tidigare stadium men på en högre nivå med nya erfarenheter.

Proschaska med flera (2002) har tillämpat sin modell på olika typer av problem och kommit fram till att endast en minoritet av individer är inställda på att förändra sig utan speciell metod. Cirka 40 procent bedöms vara i stadium ett och lika många i stadium två, de övriga fördelade sig jämnt på de övriga stadierna. De flesta byter stadium många gånger och somliga är stabila i ett stadium under långa perioder (ibid.).

Dessa modeller är processorienterade och betraktar missbrukssituationen som jämförbar med annat beteende (Koski-Jännes 2004).



Jfr: Prochaska & DiClemente 2005

Robert West (2006) har utvecklat en teori om missbruk och beroende under namnet "Theory of Addiction" med syfte att ge en bild av hur missbruk utvecklas och visar sig. Med hjälp av sin teori vill West förklara människans val av omedvetna motivationsprocesser och klargöra de principer som ligger bakom utvecklandet och återhämtningen från missbruk. Enligt honom kan missbruk förstås som ett kroniskt tillstånd i motivationssystemet där belöningsökande beteende har gått överstyr och kommit att prioriteras på ett ofördelaktigt sätt samtidigt som han ser missbruk som en social konstruktion. De underliggande störningar som ligger bakom missbruk kan enligt West vara

- 1) grundläggande störningar eller avvikelser i motivationssystemet som existerar oberoende av missbruk (benägenhet för ångslan, ångest, depression etcetera)
- 2) störningar i motivationssystemet som sammanhänger med missbruksaktiviteten (till exempel sug, vana)
- 3) störningar eller avvikelser i personens sociala och fysiska omgivning (starkt socialt tryck, frestelser att utöva en viss aktivitet).

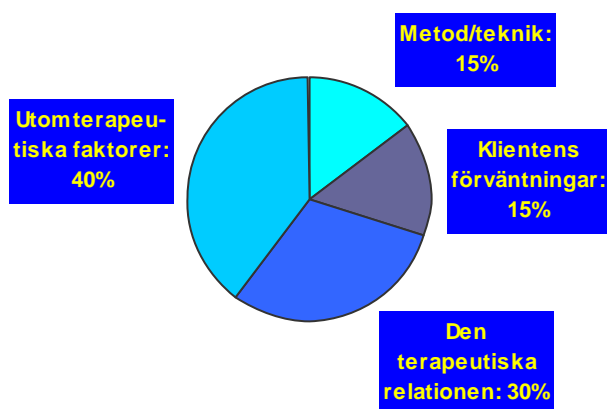
Förenat med de aktiviteter som kan bli beroendeframkallande är att de kan möta upplevda behov och erbjuda tillfredsställelse samtidigt som de reducerar personens benägenhet att upprätthålla balansen i motivationssystemet. Gemensamt för de personer som är benägna att

utveckla ett missbruk är att de på något sätt har en bristande förmåga att uppnå, återupprätta balans i motivationssystemet (ibid.).

West (2006) anser att gemensamt för de faktorer som bidrar till utvecklandet av ett missbruk är att de motverkar balans i motivationssystemet utan att erbjuda drivkrafter till återhållsamhet. De omständigheter som bidrar till att bryta missbruk är att de via psykologiska metoder, förändringar i omgivning etcetera återupprättar en balans i motivationssystemet. Gemensamt för de faktorer som bidrar till långsiktiga lösningar är att de genom att ge utrymme för alternativa aktiviteter åstadkommer permanenta förändringar som får motivationssystemet att åter fungera i balans, det vill säga att ett stort motiveringssystem återställs till ett hälsosamt tillstånd hos den som missbrukar och det beteende som styrs av beroendet inte längre intar en dominerande plats i hans eller hennes hierarki av motivationer (ibid.).

### Vad förklarar utfallet?

Flera forskare (Lambert et al 1992; Hubble et al 1999) har kommit fram till att det är olika faktorer som förklarar utfallet i behandling; utomterapeutiska faktorer, metod/teknik, klientens förväntningar och den terapeutiska relationen enligt bilden nedan. I behandlingssammanhang finns det en risk att man alltför mycket betonar metoden (15 %) på bekostnad av de andra faktorerna.



Källa: Lambert med flera 1992

Studier av vuxna med missbruk/beroende i behandling visar att matchning av klienter och insatser med olika inriktning inte ger några skillnader i behandlingsresultat (Babor & Del Boca 2003). I stället har andra faktorer

som klientens motivation, relation till behandlaren och omgivningens stöd identifierats som viktiga för förändring (Orford et al 2006). Orford (2008) betonar att man i behandlingsforskning bör fokusera på förändringsprocesser snarare än på metoder och tekniker.

### **Sjävläkning**

Blomqvist (1999, 2002) som beskriver förändringsprocesser och det som har betydelse när människor med eller utan behandling lämnar missbruk/skadligt bruk och beroende anser att den roll behandling och i vissa fall sjävläkning har, är knuten till samspelet mellan människan och hennes omgivning, hennes egna förutsättningar och det sociala sammanhang hon lever i. Enligt Blomqvist (2002) behövs det en omorientering från ett behandlingsinriktat till ett sociokulturellt och socialpolitiskt perspektiv för att människor ska kunna komma till rätta med alkohol- och drogproblem. Skillnader mellan de som blivit *hjälp*ta av behandling respektive *sjävläk*ta är enligt Blomqvist (1999; 2002; 2009b) att de förra har haft svårare uppväxt, svagare sociala resurser samt omfattande missbruk och har varit djupt involverade i missbruksvärlden utan tillgång till annat socialt nätverk. Drogfrihet leder ofta till ny identitet, med det avslutade missbruket som viktig livserfarenhet. De senare har haft större ”socialt kapital” och vid omfattande missbruk har ändå intakt socialt nätverk funnits kvar. Missbruket har varit mer som ett hemligt ”dubbelliv”. Läkning för dessa leder ofta till återgång till tidigare etablerad livsstil där missbruket tillhör det förflutna. (ibid.)

Följande tabell visar skillnader på bakgrundsfaktorer mellan de som blir ihjälpta av behandling och de som läker själva (Blomqvist 2009b). Inom socialtjänsten i nordostkommunerna finns huvudsakligen gruppen som kräver behandling representerad.

#### ***Hjälp*ta av behandling**

#### ***Sjävläk*are**

Svårare uppväxt, svagare sociala resurser	Större ”socialt kapital”, hade ofta ”något med sig” innan
Ett omfattande missbruk och djupt involverad i missbruksvärlden utan annat socialt nätverk	Ett omfattande missbruk men intakt socialt nätverk, missbruket mer som ett hemligt ”dubbelliv”
Ökade påfrestningar, uttömda resurser, söker hjälp i ”hopplös” livssituation	Ökade påfrestningar motiverar försök att sluta – många trappar ned sitt missbruk
Läkning leder ofta till Ny identitet, med det avslutade missbruket som viktig livserfarenhet	Läkning leder ofta till återgång till tidigare etablerad livsstil, missbruket tillhör det förflutna

Källa: Blomqvist (2009b)

## **Framgångsfaktorer**

Blomqvist (2009b) redovisar bland annat följande framgångsfaktorer inom missbruksbehandling:

- Har blivit ”sedd” och tagen på allvar
- Har känt att egna idéer och synsätt blivit respekterade
- Har fått trovärdig förklaring/upptäckt alternativ
- En nära och förtroendefull relation med någon enskild hjälpare
- En trygg och drogfri miljö
- Åtminstone någon emotionellt ”omskakande” upplevelse
- Har fått hjälp att hantera problem i livet utanför behandlingen
- Kan namnge någon specifik form av terapi. (Blomqvist 2009b).

Det går att hjälpa personer med riskkonsumtion, missbruk och beroende inom öppenvård vilket en utvärdering av ”Kursen”, en öppenvårdsbehandling i Lidingö stad (Sonnsjö Bernengo 2007) visar. Varaktigheten för riskbruk/missbruk/beroende bland informanterna varierade från sex månader till 28 år. Alkohol var dominerande, i enstaka fall rörde det sig om ett blandmissbruk av alkohol och tableter. Det som de intervjuade ansåg verksamt i ”Kursen” var gemenskapen, kraften och tilliten i själva gruppen, förutom deltagarnas egen vilja och medvetenhet. Även gruppledarnas, föreläsarnas och nätverkets insatser ansågs betydelsefulla. 14 av 21 tillfrågade var drogfria vid intervjutillfället. Tio hade slutat med alkohol två till tre år efter ”Kursen” och fyra hade övergått till socialt drickande (ett eller två glas vin till helgen). Av dessa övervägde två att helt sluta med alkohol. I ”Kursen” användes kognitiv beteendeterapi och gruppprocessarbete med inslag av tolvstegsbehandling. 15 hade ingen tidigare erfarenhet av behandling, vilket däremot sex personer hade. I gruppen med ordnade förhållanden med arbete, familj, bostad etcetera hade samtliga uppnått drogfrihet (ibid.). Detta tyder på att det är viktigt att de basala behoven som bostad, sysselsättning med mera är tillfredsställda för att drogfrihet ska kunna bli bestående. De som blir drogfria tillhör ofta den grupp som har sitt sociala nätverk intakt och läkning leder till återgång till tidigare etablerad livsstil utan droger (Blomqvist 2009b).

## **Sociala nätverk**

Att identifiera viktiga stödpersoner i en individs nätverk betonas i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen 2007). Vaux (1988) delar in nätverksstödet i områden som rör emotionellt, materiellt, praktiskt och ekonomiskt stöd, att vid behov kunna få råd, feedback och vägledning samt gemenskap i nätverket. Enligt Seikkula (1996) handlar sociala nätverk om dynamiska helheter som bildas av relationer. Ett socialt nätverks betydelse och innehåll skapas i individens tankar och är inte en egenskap hos omgivningen. Nätverkscentrerat arbete

fokuserar på att mobilisera nätverket, att skapa dialog mellan och inom de olika grupperingarna inom nätverket (ibid.). Thomas Scheff (2003) menar att trygga och säkra sociala band utgör den kraft som håller ihop ett samhälle, och att denna kraft omfattar balans mellan närhet och distans.

### **Skam och stolthet**

Vilken betydelse har skam och stolthet när det gäller personer som har problem med missbruk och beroende? Sociologen Cooley (1922) tar upp skam och stolthet inom ramen för diskussion av "spegeljaget". Både skam och stolthet uppstår när man ser sig själv ur andras perspektiv. För Cooley är skam och stolthet exempel på självkänslor och är relaterade till de sociala bandens karaktär. Goffman (1963) har vidareutvecklat Cooleys tankar om att emotioner uppstår ur rolltagande, att se sig själv genom andras ögon. Lynd (1958) betraktar skam och stolthet som varandras motpoler, skam som ett svar på förakt från en publik, stolthet som ett svar på gillande och hyllningar.

Thomas Scheff (1990; 2003) har utvecklat en emotionell/relationell teori där skam och stolthet signalerar tillståndet i de sociala banden mellan människor, skam är tecken på otrygga och hotade sociala band medan stolthet är tecken på trygga och säkra sociala band. Scheff anser att skam inte bara är en biologisk process utan är i övervägande del ett socialt eller kulturellt fenomen.

Enligt Scheff (1990; 2003) uppstår skam när våra sociala band hotas. Han relaterar skam till sociala reflektioner där skam spelar en viktig roll när det gäller att reglera uttrycken och medvetenheten om våra andra emotioner, som rädsla, ilska, skuld och kärlek. Man kan skämmas för sina emotioner och undertrycka dem. Skäms man till exempel för att visa ilska håller man tillbaka den känslan (Scheff, ibid). Lewis (1971) upptäckte att de flesta skamtillstånden tycks befinna sig utan att vi är medvetna om dem. Öppen odifferentierad skam uppstår när människan känner sig negativt utvärderad antingen av sig själv eller av andra.

Skam och skuld tillhör enligt Holmgren (2002) gruppen självvärderande känslor och uttrycker individens uppfattning av sitt eget värde. Skuld och skam bistår individen att åstadkomma självkontroll. Enligt Heberlein (2005) är skam en psykologisk och en moralisk känsla, förutsatt att vi med moral menar även personlig moral och individens egen uppfattning om sitt leverne och varande och inte endast att följa vissa moralregler (ibid.).

Lehtinen (1998) beskriver att skam betraktas som "en karaktärsbaserad självförebåelse" (Heberlein 2005, s.154). Heberlein (2005) framhåller att skam förknippas med känslor av underlägsenhet, misslyckanden, otillräcklighet och svaghet. Skammen kopplas till misslyckanden med att uppfylla ideal och värden och är socialt utlöst och kulturellt konstruerat.

Heberlein menar att den som plågas av skam är i behov av att förlåta sig själv (ibid.).

Dahlgren & Starrin (2004) framhåller att när vi blir uppmärksammade och känner att vi är accepterade på det sätt som vi presenterar oss själva känner vi oss väl till mods och blir då belönade med emotionen stolthet (ibid.).

### **Bemötande och relation**

Bemötande och relation är grunden för allt behandlingsarbete. Frågor om bemötande vilar på grundprinciper om människors lika värde. Som behandlare har man ett särskilt ansvar eftersom relationen mellan behandlare och brukare inte är jämställd (Blennberger 1996). De aktörer som finns runt personer med missbruk och beroende ska samverka för att kunna hjälpa människor att komma ur missbruk och beroende samtidigt som kunskap om varandra och varandras yrkesområden är en viktig förutsättning för respekt och förståelse (SKL 2009).

### **Salutogent perspektiv**

Förutom bemötande och relation är frågor kring delaktighet och sammanhang viktiga i arbetet mot drogfrihet. Antonovsky (2005) som utgår från *salutogenes* (hälsans orsaker) i stället för *patogenes* (sjukdoms orsaker) har undersökt vilka faktorer som gör att en del människor klarar av stora påfrestningar med hälsan i behåll och växer som människor, medan andra inte gör det, att vissa människor befinner sig vid den positiva polen medan andra i den negativa polen i dimensionen hälsa – ohälsa. En del av förklaringen ligger enligt honom i att vi har olika motståndskraft som beror på vår *känsla av sammanhang*, KASAM som innefattar begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet. För att uppnå känsla av sammanhang krävs att omvärlden är begriplig. *Begriplighet* har att göra med att både inre och yttre stimuli kan upplevas som förutsägbara, förståeliga, begripliga, strukturerade och sammanhängande. *Meningsfullhet* innebär att man känner att livet har en känslomässig innebörd och mening. *Hanterbarhet* innebär att ha resurser till sitt förfogande som möjliggör att man klarar av de krav som ställs. Antonovsky menar att människan har behov av att uppleva sig som ett subjekt med möjlighet att påverka sina val och sin livssituation och få känna delaktighet, inte att uppleva sig som ett offer (ibid.).

### **Hereditet**

För att förebygga alkohol- och drogmisbruk har man sökt identifiera individer som befinner sig i riskgruppen redan som barn. Barn till personer med alkoholproblem får själva oftare problem med alkohol än barn till nyktra. Detta anses bero på nedärvd disposition för ”alkoholism” snarare än på faktorer i omgivningen. Arvsanlagens inverkan har visat sig både i dryckesvanorna och i sättet att berusa sig. Vi vet dock inte vad det är i

alkoholmissbruk som nedärvs. En av utmaningarna inom den biomedicinska alkoholforskningen är att sträva efter att finna biologiska egenskaper som gör att vissa människor är mer mottagliga för alkoholpåverkan. ([www.paihdelinkki.fi](http://www.paihdelinkki.fi)).

### **Sammanhängande vårdkedjor**

Gerard Larsson (2010) framhåller i missbruksutredningen att för att förhindra återfall i såväl missbruk som brott och för att underlätta klientens återanpassning i samhället har personen ofta behov av stöd- och hjälpinsatser. Därför är det nödvändigt med samverkan för att åstadkomma fungerande vårdkedjor i enlighet med normaliseringsprincipen. Därför bör kriminalvården samverka med andra huvudmän inom missbruks- och beroendevården kunna stärka samarbetet för att klienterna ska erbjudas och slutföra en adekvat behandling. De preliminära resultaten från regeringens satsning på en förstärkt vårdkedja i samband med LVM-vården visar att fler personer fått vård enligt LVM och att denna vård har gett goda resultat. Detta kan betyda att det i dag finns ett glapp mellan vård som ges med respektive utan samtycke och att försöken med vårdkedjor bidragit till att minska detta glapp. Det kan därför finnas skäl att överväga om en mer integrerad lagstiftning med en närmare koppling mellan frivillighet och tvång liksom mellan vård i öppna och slutna former kan bidra till en mindre ryckig och mer kontinuerlig vård för personer med tungt missbruk och med behov av omsorg, psykiatrisk vård och insatser för att komma ur hemlöshet. Detta gäller även vårdformer för äldre personer som har missbruksproblem och är i behov av omsorg/omvårdnad. Internationellt är det ovanligt med tvångsvård för personer med missbruk och beroende. Däremot är tvångsvård inom psykiatrin för personer med missbruk vanligt till exempel i Finland.

### **Samverkan**

Samverkan mellan myndigheter ställer krav på planering och ledning av verksamheterna vilket de inblandade aktörerna inte alltid är rustade för. Skillnader i regelverk, kunskaps- och förklaringsmodeller samt organisationsprinciper leder ofta till problem (Danermark & Kullberg 1999). Olika aktörer är specialiserade på sina områden med en allt mer uppdelad administration av olika insatser och stöd till människor. Det ställer ökade krav på samverkan och behovet av samverkan växer i takt med att uppdelningen tilltar. Enligt Berth Danermark förutsätter lyckad samverkan följande:

”En tydlig och klar *ledning*

Ett klart uttalat *mål*

Tillräckligt med *resurser*

Att skillnader *identifieras och respekteras*”. (Danermark, FoU Nordost 2009-03-31).



Förutom en klar struktur och aktiv ledarroll beror framgång i samverkan enligt Matscheck (2011) på behovet av gemensamma ”arenor”. Trots skilda former och inriktningar har de olika arenorna en gemensam funktion att hjälpa de professionella att lära känna varandra och förstå varandras arbetssätt och förutsättningar. De syftar till att öka den allmänna ”samverkanskompetensen”(ibid.s,124).

## 6 Forskningsdesign och metoder

Avsikten med detta kapitel är att beskriva metodologin som använts i denna deskriptiva (beskrivande) och explorativa (kartläggande med försök att beskriva effekterna av en åtgärd) studie av personer med missbruk och beroende.

### Studiens uppläggning

Projektet planerades tillsammans med referensgruppen i ”arbetande seminarier”. Gruppen har följt utvecklingen, arbetat fram strategier för forskningsprojektet samt haft i uppgift att förankra projektet i respektive kommun. Litteraturstudier om motivation i klientarbete, etnicitet, hemlöshet samt två fokusgruppintervjuer har ingått i seminarierna. Deltagarna i referensgruppen har medverkat i processen genom att formulera frågeställningar och teman samt genom att ge förslag på urval av målgrupper. Frågeguiden diskuterades i referensgruppen, likaså målgrupper. Genom att projektets uppläggning och utformning har skett i samarbete med medarbetare i kommunernas verksamheter har arbetssättet i gruppen blivit mer och mer kollaborativt, samarbetande, där implementering av kunskap ligger i fokus.

Arbetet i referensgruppen har varit en kontinuerlig process, där insamlat material återförts till respektive kommun samt diskuterats och analyserats vid det arbetande seminariets mötestillfällen, det vill säga processats i dialog mellan personal från FoU och seminariedeltagarna. I gruppen har idéer och erfarenheter diskuterats för att skapa en läroprocess. Syftet med detta arbetssätt har varit att belysa olika problemställningar och bidra till kunskapsutveckling i kommunerna. Genom medverkan i arbetande seminarier har man haft en förhoppning om att kunna förankra projektet på lokal nivå.

Två fokusgruppintervjuer genomfördes i referensgruppen. Fokusgrupp består av sex till tio intervjupersoner och karakteriseras av icke-direktiv intervjustil. Det viktigaste med fokusgruppintervjun är att få fram synpunkter på det som är i fokus för gruppen (Kvale & Brinkmann 2009). Den första fokusgruppintervjun gjordes i början av studien där åtta medarbetare från sju kommuner deltog i syfte att få bakgrundsdata till undersökningen, den andra gjordes i studiens slutskede med sex deltagare från sex kommuner. Intervjuerna transkriberades och återfördes till referensgruppen som förberedelse för intervjuer med informanter och för att få feedback på resultat av intervju material.

Inför intervjuerna förmedlade deltagarna i referensgruppen kontakten mellan intervjupersoner och projektledaren som därefter tog direktkontakt med respondenterna. Ett kriterium för att delta i studien var att personerna i fråga

skulle vara drogfria vid intervjutillfället. En kvalitativ forskningsmetod med halvstrukturerade intervjuer, fokuserade på vissa teman, användes (Kvale 1997). Fördelen med fokuserade intervjuer är att få fördjupad kunskap kring efterfrågade frågeställningar. Som intervjuare undrar man ibland om de frågor man ställer är relevanta. En av informanterna dementerade detta och gav följande spontana kommentar: ”Du har inte gett mig en enda dum fråga.” En annan klient som inte tillräckligt snabbt kunde få intervjutid bokad hade påmint representanten i referensgruppen om att få bli intervjuad på grund av att personen ifråga gärna ville berätta sin livshistoria. På ett behandlingshem där ett par intervjuer gjordes frågade ytterligare en klient om hon fick bli intervjuad men hon tillhörde inte en av nordostkommunerna och kom därmed inte att ingå i studien.

### **Empiriskt material**

Projektet är byggt på kvalitativa metoder. Materialet har formen av intervjuer samt dokumentation från möten med referensgruppen. Dessa metoder ger kunskap som skiljer sig från kunskap som kvantitativa metoder genererar. Kvalitativ forskning bygger på förutsättningen att man genom språket kan ta del av andra människors inre världar. Forskarens värderingar och erfarenheter är hjälpmedel och förutsättning för att kunna tolka den information man får (Kvale 1997).

Inom samhällsvetenskap brukar man definiera intervjuer som halv- eller halvstrukturerade. Inom humaniora och också inom samhällsvetenskaperna arbetar man ofta med livshistoriska intervjuer, med narrativ metod där forskare initierar teman och respondenter fritt berättar och reflekterar över sina erfarenheter.

I denna studie har livsberättelser (Pérez Prieto 2006) använts som metod. I livsberättelserna står berättelsen i centrum där de egna erfarenheterna förs samman med sociala förhållanden och strukturer. Detta är ett sätt att utgå från deltagarnas perspektiv utan att tillskriva dem egenskaper beroende på deras bakgrund eller nuvarande situation.

Användningen av berättelsen som ett forskningsredskap, ett så kallat narrativt perspektiv, innebär ett krav på forskaren att strukturera sina samtal med informanterna så att berättelserna har en grundläggande och gemensam struktur. Fördelen kan vara att en berättelse ger en personlig och mångfasetterad beskrivning av en människas liv och insikt om den undersökta situationen och därmed en fördjupad förståelse (Bell 2006).

Studiens empiriska material består av intervjuer med 16 informanter, elva män och fem kvinnor, av vilka en valdes bort på grund av pågående missbruk. Insamling av material skedde mellan oktober 2007 och oktober 2008. Intervjuerna tog mellan 40 och 60 minuter att genomföra och spelades

med informanternas medgivande in på band. Åtta av intervjuerna gjordes på socialkontoret eller någon annanstans i kommunens lokaler, tre på behandlingshem eller inackorderingshem, tre på FoU Nordost och två i klientens hem.

### **Metod för bearbetning och analys av intervjuer**

När klientintervjuerna genomförts transkriberades de. Materialinsamlingen var inriktad på innehållet i intervjuerna, vad som sägs, inte hur det sägs. Vid transkriberingen gjordes vissa justeringar så att talspråket formulerades till ett mer läsvänligt språk där upprepningar uteslöts. Efter att utskriften lästs igenom delades materialet in i teman enligt resultatdelens rubriker. Meningskoncentrering används som en teknik där man sammanfattar och förkortar långa uttalanden och där utförliga intervjuutsagor omformuleras till mer sammanfattande formuleringar (Kvale 1997). Ambitionen i analysarbetet var att få fram mönster och generella teman och samtidigt visa på materialets mångtydighet och komplexitet.

Intervjuerna omfattade följande teman: förklaringar till missbruk/skadligt bruk och beroende, öppenvård eller slutenvård, strategier till drogfrihet och nätverkets betydelse samt framgångsfaktorer.

## 7 Målgrupper

Studien har avgränsats till personer med missbruk och beroende som deltagit i vård och behandling och där den tillfrågade står i fokus. Kriteriet för att delta i studien var att man haft problem med missbruk/beroende och att man vid intervjutillfället var drogfri. I referensgruppen har diskuterats på vilken grund urval av intervjupersoner skulle ske, huruvida urvalet skulle omfatta arbetsmässigt eller resursmässigt krävande personer. En kategorisering för intervjuer arbetades fram i referensgruppen. Målsättningen var att varje kategori skulle finnas representerad i intervjuerna. För att få spridning i målgruppen kontaktades sammanlagt 23 personer. Trots flera telefonsamtal och avtalad tid och plats uteblev några av de tillfrågade. Med ett par personer bokades en intervju två respektive tre gånger med tid och plats men de tillfrågade kom inte på avtalad tid. Kategorin ”missbruk och rättsliga problem” kan handla om egendomsbrott, våldsbrott, allvarliga trafikbrott etcetera och där personen blivit åtalad eller fått straffpåföljd. Ett par personer som gjort mindre brott men fått straffpåföljd ingick i denna kategori. Sammanlagt intervjuades 16 personer men en intervjuperson uteslöts ur gruppen på grund av aktivt missbruk.

*Kategori 1* Personer med bibehållen social förankring

*Kategori 2* Komplexa vårdbehov, samsjuklighet

*Kategori 3* Missbruk och rättsliga problem

*Kategori 4* Personer med narkotikamissbruk

*Kategori 5* Personer med långvarigt alkoholberoende

*Kategori 6* Äldre än 65 år med missbruk

### ***Gruppen äldre med alkoholproblem***

Gruppen äldre med alkoholproblem har ökat i kommunerna inom nordost den senaste tiden. Några frågor som har väckts under diskussionerna i referensgruppen är:

Hur ska denna kategori hanteras?

Ska total avhållsamhet gälla även för dessa personer?

Vad eller vem är det som avgör om man får dricka alkohol eller inte eftersom varje kommun tar sina egna beslut?

Ska insatser med rehabilitering, omvårdnad, behandling etcetera gälla även för denna grupp?

Var ska kommunerna placera ökande antalet äldre med missbruk?

### **Etiska överväganden**

Vetenskapsrådets etikregler om informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet har tillämpats (Vetenskapsrådet 2002).

- Informationskravet: uppgiftslämnarna har informerats om villkor för deltagande och att deltagandet är frivilligt.

- Samtyckeskravet: informerat samtycke från de deltagande intervjupersonerna har inhämtats.
- Konfidentialitetskravet: de intervjuade ska inte kunna identifieras av utomstående.
- Nyttjandekravet: insamlade uppgifter används endast för forskningsändamål (Vetenskapsrådet 2002).

Inför varje intervju informerades de tillfrågade om projektets syfte, tillvägagångssätt, konfidentialitet samt möjlighet att avstå från studien. Intervjupersonernas namn är fingerade. Insamlat material har bearbetats, analyserats och redovisas på ett sådant sätt att de medverkandes anonymitet och integritet inte kränks och att de inte kan identifieras av utomstående. Angående anonymitet kan man dock inte garantera att de som jobbat med de tillfrågade inte skulle känna igen sin egen klient. I rapporten framgår det inte vilken kommun som är informantens hemkommun. Detta för att utomstående inte ska kunna avslöja deltagarnas identitet.

### **Validitet, reliabilitet och avgränsningar**

Intervjuernas kvalitet påverkas av både förståelse och värderingar hos intervjuaren. Allteftersom studien fortskridit har det krävts att man kontrollerar, ifrågasätter och tolkar det man kommit fram till. Samtliga intervjuer genomfördes i ett personligt möte med den intervjuade. Vid utskrifter av intervjuer har intervjupersonernas utsagor följts så noggrant som möjligt. Under studiens gång har diskussioner förts med referensgruppen.

Intervjuerna har följt en viss ordning och har styrts så lite som möjligt. Likaså har ledande frågor undvikits. Enligt Patton (1990) finns tre intervjustrategier vid kvalitativ forskning: den informella konversationsintervjun, den allmänna intervjuguiden och den standardiserade öppna intervjun. Kvale & Brinkmann (2009) tar upp förutom fokusgruppintervjuer, datorstödda intervjuer, faktaintervjuer, begreppsintervjuer, narrativa och diskursiva intervjuer samt konfrontatoriska intervjuer.

Enligt Pattons (1990) terminologi har i denna studie huvudsakligen en intervjuguide med inslag av informell konversationsintervju använts där teman och frågeområden har varit kopplade till problemställningar. Enligt Kvaless & Brinkmanns (2009) terminologi har i första hand narrativ intervju med inslag av diskursiv intervju med informella samtalsbyten använts. De frågor som användes ställdes inte i någon bestämd ordning och formuleringen av frågorna följdes inte likadant för alla intervjupersoner utan anpassades efter den intervjuades svar. Till temaområdena formulerades öppna underfrågor som följdes upp i ett mer informellt samtal där frågorna kompletterades med en mer informell konversationsintervju som ger

möjlighet till förtydliganden i syfte att försöka undvika missuppfattningar. Intervjuguiden var mer en slags checklista med frågor där relevanta områden kopplades till de forskningsfrågor man önskade svar på. I ett par fall gick det inte att följa intervjuguiden på grund av att respondentens basala behov som bostad, arbete, barnens situation var mer akuta att diskutera än frågor relaterade till missbruk och beroende.

För att öka tillförlitligheten, reliabiliteten genomfördes samtliga intervjuer och transkriberingar av intervjuer av en och samma person, det vill säga projektledaren. Intervjumaterialet har avgränsats genom fokusering på vissa teman och kan betraktas som retrospektivt eftersom informanternas upplevelser finns bakåt i tiden och de kan ha omtolkats i efterhand vilket utgör en begränsning. Primärpreventiva insatser som syftar till att förmå människor att inte börja med riskfylld konsumtion av alkohol eller att överhuvudtaget pröva narkotika berörs inte i denna rapport. Inte heller sekundärprevention som innebär att hindra riskabel konsumtion att utvecklas till missbruk/skadligt bruk. Materialet i intervjuerna har använts för diskussioner i nordostkommunerna.

Antalet respondenter i studien är relativt litet. Studiens resultat kan därför inte generaliseras utanför dess kontext. Deltagarna kan vara mer sociala än genomsnittet genom att ställa upp för intervjuer och minnet är selektivt. Det som respondenterna berättar kan ha färgats av deras personliga motiv och hur man minns påverkas av den aktuella situation man befinner sig i.

## **8 Resultat**

I detta kapitel redovisas respondenters synpunkter, perspektiv och erfarenheter av missbruk/skadligt bruk och beroende samt av den vård och behandling de deltagit i, strategier till drogfrihet samt framgångsfaktorer i behandling. Sex kategorier valdes ut av referensgruppen för att karakterisera de målgrupper som finns i nordostkommunerna. Det visade sig att några personer var svåra att kategorisera. Övergången mellan grupperna har delvis blivit överlappande.

Sammanlagt intervjuades 16 informanter, fem kvinnor och elva män. Eftersom en informant var i aktivt missbruk uteslöts han ur materialet. En fjärdedel (fyra personer) hade utländsk bakgrund. De var antingen födda i ett annat land eller hade föräldrar som var födda utomlands. Alla samhällsgrupper finns representerade i materialet. Åldern var mellan 36 och 68 år. Även de som haft narkotika som sin huvudsakliga drog hade debuterat med alkohol.

### **Informanterna – en presentation**

Samtliga namn är fingerade.

#### **Maggan**

Maggans familj består av man och två vuxna barn. Alkohol, mest vin, kom successivt in i bilden med jobbrelaterade faktorer. Hon har tidigare arbetat i olika företag, blev arbetslös, sökte och fick ett nytt jobb i 60-årsåldern. Maggan drack ingen alkohol när hon var ung. Hon använde senare alkohol till och från i cirka 20 år. I långa perioder var det inga problem. Dottern som hon flitigt umgås med tog kontakt med behandlingspersonal. Maggan säger: ”Jag hade aldrig klarat av det själv.” Senare sökte hon själv till öppenvårdsbehandling i kommunens regi. Vid intervjutillfället hade hon varit nykter i 14 månader.

#### **Maja**

Maja har haft alkoholproblem, hon har druckit vin, ingen starksprit. Hennes man fick en kronisk sjukdom för drygt tio år sedan och Maja tog hand om honom i hemmet samtidigt som hon arbetade. Sedan mannen gick bort är hon ensamstående. Hon är förtidspensionerad. Hon har deltagit i återfallsprevention inom öppenvård där även öronakupunktur, som hon tycker mycket om, ingår. Hon har inte tagit några återfall. Hon har en bror, två vuxna barn, även barnbarn som hon har kontinuerlig kontakt med. Föräldrar och andra nära släktingar har inte haft missbruksproblem. Sonen har däremot både rökt cannabis och ”överkonsumerat” öl. Maja är vid intervjutillfället nykter sedan tre år tillbaka.



### **Jocke**

Jockes alkoholdebut skedde vid 13 års ålder, han har använt amfetamin, cannabis och kokain sedan 18-19 års ålder. Han är 42 år, ensamstående och har varit sjukskriven i två år. Han har bipolär sjukdom, typ 2 (manodepressivitet) sedan 15 år tillbaka. Han har missbrukat alkohol i cirka 25 år. Han var med i ett ungdomsförbund där alkoholmissbruk var ”vanligt förekommande”. Alkoholen var ett problem redan när han var 20 år, men han har hela tiden varit ”snygg på att gömma”. Jocke deltar i 12-stegsbehandling och går på AA-möten två till tre gånger i veckan. Jocke är vid intervjutillfället drogfri sedan tre månader tillbaka.

### **Janne**

Janne har druckit folköl, ingen starköl, vin eller sprit, sedan han var 17-18 år, han är nu 50 år. Han är skild och har tre vuxna söner av vilka den yngsta bor hos Janne i helgerna. Ekonomi var enligt Janne delvis orsaken till att det började gå neråt, även arbetslöshet. Nu jobbar han sedan två år tillbaka för kommunen. Janne går på minnesutredningar. Däremot har inga leverskador konstaterats. Hans pappa var ”hellyllealkoholist”. När Janne drack ville han inte bli full, utan ville vara glad, därför drack han endast folköl. Han är alkoholfri sedan fyra till fem år tillbaka.

### **Julita**

Julita är 49 år, har man och två barn i övre tonåren. Hon är för tillfället sjukskriven. Hon är född utomlands, kom till Sverige i vuxen ålder. Hon berättar: ”Det var en stor kulturkrock när man kommer från glada... med fester och kompisar och familj och allt, till Sverige där ingen hälsar på en, det var en väldigt stor kulturkrock.” Julita började missbruka alkohol, mest öl, vid 23 års ålder. Hon drack fem till tio burkar öl per dag, men inte varje dag. Hon har manodepressiva drag och säger att hon dövar sin ångest med alkohol och medger att hon periodvis varit aggressiv. Hon vistades några månader i ett omvårdnadshem där varken samtal eller behandling förekom. Julita medicineras med Campral och Revia som hon är nöjd med. Julita är alkoholfri sedan tre månader tillbaka.

### **Pelle**

Pelle som är 44 år skilde sig när barnen var 13 och 15 år gamla. Han har inte haft kontakt med sina barn sedan dess. Pelle började missbruka alkohol och öl i vuxen ålder efter att ha jobbat inom alkoholproduktion. Dottern är nu 19 år och vill ha kontakt med sin pappa men han är bostadslös, arbetsökande och utförsäkrad från arbetsförmedlingen. Pelle har bott i en bil i cirka fyra månader, bor för tillfället på inackorderingshem. Han har varit frihetsberövad och vistats i fängelse i en månad, åkte fast för bilkörning med alkohol i blodet. Han har deltagit i en 12-stegsbehandling. Vid intervjutillfället har han svårt att vara koncentrerad och fokuserad på de

frågor som ställs. Han har varit alkoholfri i tre månader och är vid intervjun mest bekymrad över sin ekonomi och dotterns situation.

### **Lasse**

Lasse har till kontaktpersonen i referensgruppen meddelat och undrat varför han inte blivit intervjuad när det dröjde med intervjun. Han verkar vara ytterst angelägen om att få berätta sin livshistoria. Lasse började missbruka alkohol vid 15-års ålder. Han är 39 år och ensamstående. Han hade en syster som suiciderade i vuxen ålder. Hans pappa var direktör, mamma hemmafru. Utåt sett hade han en bra uppväxt säger han. Föräldrarna hade inte missbruksproblem. Han berättar att han tog antabus i ett år, övergick till amfetamin, sedan gick han in i psykos. Vad gäller kriminalitet säger Lasse att han åkte fast för trafikonykterhet. Han har deltagit i fyra 12-stegsbehandlingar. Först övertalade arbetsgivaren honom att delta i behandling, senare sökte han själv frivillig behandling. Han har blivit avgiftad av benzodiazepiner och amfetamin. Han är helt drogfri sedan ett år tillbaka.

### **Kalle**

Kalle är 49 år och bor i egen lägenhet med sin sexåriga dotter. Han flyttade med sina föräldrar till Sverige från ett annat nordiskt land vid 2,5 års ålder. Han och dotterns mamma har gemensam vårdnad men det har inte fungerat; före detta sambon har missbrukat både alkohol och cannabis. När Kalle jobbar tar hans föräldrar hand om dottern. Kalle började dricka alkohol vid 12-årsåldern, fastnade på en gång, övergick till amfetamin, sedan tog "haschet" över. Kalle blev utsatt för mobbning i skolan. Sedan 13-årsåldern har han bott omväxlande hos kompisar, på pojkhem och inackorderingshem. Han har två systrar, hade en bror som dog som ung genom en olyckshändelse. Han har deltagit i två 12-stegsprogram. Tog återfall efter första behandlingen, har varit drogfri i tio år.

### **Timo**

Timo som är 54 år är singel men bodde ihop med en kvinna i 20 år. Han har två vuxna barn. Hans föräldrar är födda utomlands. Han drack alkohol första gången vid 14 års ålder. Han har missbrukat öl, sprit, starksprit och amfetamin. Han har "ett 40-årigt missbruk, de senaste 20 åren med amfetamin". Bodde ett tag ihop med "en missbrukande tjej och hela hennes missbruksläkt" och försörjde dem med både narkotika och pengar. Angående kriminalitet säger han: "Jag har inte sprungit och gjort inbrott för att knarka, jag har jobbat ihop mitt knark." Han har sjukbidrag och bor i egen lägenhet. Timo har jobbat som chaufför över 30 år men blev av med sitt körkort. Han säger att barndomen var bra: "Jag kan inte skylla på någonting där, jag hade det bra." Föräldrarna hade inte missbruksproblem, hans två farbröder har däremot alkoholproblem. Timo har deltagit i två 12-stegsprogram och är drogfri sedan ett år tillbaka.

**Rune** är gift och har två vuxna barn samt även barnbarn som han har kontakt med. Han är i 60-årsåldern och är förtidspensionerad. Han drack ingenting förrän vid 23 års ålder, pappa var alkoholiserad. Rune reste i tjänsten i många år både i Sverige och utomlands. Han har druckit mest öl, även vin och sprit. Han blev av sin arbetsgivare erbjuden att delta i 12-stegsbehandling. Vid intervjutillfället deltar han i återfallsprevention nummer två på behandlingshem. Frun har deltagit i anhörigprogrammet för medberoende.

### **Micke**

Micke är 58 år och ensamstående. Han har en vuxen son som han har kontakt med och ett barnbarn. Micke har missbrukat ”alkohol, brännvin, öl och vin”. Debuterade med alkohol vid 12-13 års ålder. Som ung spelade han ishockey, deltog i gymnastik och boxning. Han har druckit alkohol sedan ungdomsåren. Det var vanligt med alkohol i idrottssammanhang på 1960-talet. ”De var ledare och alla drack... inte spelarna men de runt omkring.” Hans pappa missbrukade alkohol periodvis. En bror har alkoholproblem. Micke har sjukbidrag efter en olycka och deltar i öppenvårdsbehandling. Han har arbetat utomlands i omgångar och har alltid varit ekonomiskt oberoende. Han är nykter sedan ett halvår tillbaka.

### **Mia**

Mia är yngst av alla informanter, 36 år. Hon har en dotter på åtta år som är fosterhemsplacerad. Hon har en pojkvän. Mia började dricka alkohol vid 22-års ålder. I början drack hon ett glas alkohol, efter ett halvår två till tre glas vid varje tillfälle. Det blev mer och mer för varje gång. Hon bodde ett tag ihop med en man med alkoholmissbruk och blev vräkt från sin lägenhet. Hon fick bo i andrahand med sin dotter. När dottern placerades i fosterhem för ett och ett halvt år sedan blev situationen värre. Mia sov i en park eller hos någon kompis. Två kommuner ville enligt Mia inte ta ansvar för hennes boende. Slutligen åkte hon in på St. Görans sjukhus, fick kontakt med socialjour och fick en vistelseadress i en av nordostkommunerna. Hon har deltagit i två 12-stegsbehandlingar. Hennes kontaktperson i den nuvarande hemkommunen har frågat: ”varför inte sätta mamman och barnet tillsammans”, att inte separera dem. Mia träffar sin dotter en och en halv timme varannan vecka i fosterhemmet. Hon var tidigare nykter i fem år, deltog under denna tid regelbundet i AA. Efter senaste återfall har hon varit nykter i 14 dagar.

### **Emil**

Emil är gift, har två vuxna barn, även barnbarn som han har mycket kontakt med. Emil är pensionerad sedan ett år tillbaka. Han har druckit mest vitt vin och rödvin, har arbetat både i egen regi och varit anställd. Han drack ett par flaskor eller en och en halv flaska per tillfälle. Han har missbrukat i cirka 15

år, har druckit i perioder, långa perioder. Han tog själv kontakt med Beroendemottagning. Den behandling han nu deltar i är återfallsprevention, tidigare även i 12-stepsprogram på ett behandlingshem. Frun har deltagit i anhängivård.

### **Paul**

Paul har fru och två vuxna barn samt ett bonusbarn och flera barnbarn. Han har jobbat periodvis utomlands, men är nu pensionerad. Paul började dricka alkohol i vuxen ålder, ”på varje lunch var det sprit” på arbetsplatsen. Hans fru har varit pådrivande angående nykterhet. Paul har deltagit i öppenvårdsbehandling med återfallsprevention samtidigt som frun har deltagit i anhängivård. Paul är nykter sedan 14 månader tillbaka, han har tagit ett återfall.

### **Titti**

Titti har missbrukat alkohol, vitt vin, rödvin, öl, starköl, sällan sprit, sedan 23 år tillbaka. Hennes man försvann tragiskt i en olycka för 30 år sedan då barnen var sex och åtta år gamla. Nu är hon pensionerad och har barnbarn. När barnen var små var hon hemma under några år. Hon ville undvika att de skulle förlora båda föräldrarna. När hon lagt barnen på kvällen började hon dricka vin, det blev mer och mer. På slutet drack hon ”en kvarting om dagen plus några starköl”. Även läkemedelsmissbruk (sömntabletter) förekom. Titti har genomgått tre behandlingar, ”drogfria förvaringar” som hon säger. Sedan deltog hon i 12-stepsprogram med dottern i anhängiprogram. Hon har periodvis varit bostadslös, bor för tillfället i en kommunägd lägenhet. Har varit nykter i fyra och ett halvt år.

## 9 Förklaringar till missbruk/skadligt bruk och beroende

I referensgruppen har diskuterats följande frågor.

Hur kommer det sig att människor börjar missbruka?

Varför börjar människor missbruka alkohol och andra droger?

Varför blir man beroende?

Lägger man ansvaret på sig själv, på sina föräldrar, någon annan eller på samhället?

Har man själv kommit till insikt om sina problem?

Beror drogfrihet på att man har deltagit i behandling?

Handlar drogfrihet om självläkning, om livsstilsförändringar eller något annat?

Var finns kontrollen?

### Personliga erfarenheter

Enligt intervjumaterialet framkommer olika anledningar till att man börjat missbruka alkohol eller droger. Både omgivningen och personen själv kunde i några fall redan på ett tidigt stadium märka att problem fanns. Ett citat lyder:

*Jag visste väl innerst inne att det var farligt... jag visste redan när jag var i 20-årsåldern att då är jag fullfjädrad både alkoholist och narkoman... det är de konstiga tankemönster man har, det visste jag redan då innerst inne, att jag hade problem, det såg ju alla. (Kalle)*

Mönstret med missbruk kunde ses tydligt. När mobbning förekom kunde självkänslan stiga om alkohol började användas.

*Jag var manipulativ och ljög redan då [i skolan], jag började min kriminella bana redan i unga år, liksom man nallade från föräldrarnas plånbok, köpte godis, ljög för skolkamrater redan i ettan. Det var redan där det började. För det första blev jag mobbad från ettan till femman, för jag var lite annorlunda, jag var mer tillbakadragen, var för mig själv, filosoferade. Då blev jag mobbad... Då ställer man sig lite utanför och då kände jag att alkoholen, den var min grej... att man får en självkänsla, fast det är en illusion. (Kalle)*

När alkoholanvändning började i unga år kunde det handla om förutom att bli säkrare på sig själv även om avkoppling.

*Det var ett sätt att koppla av, att bli lite kaxig, att få självförtroende i första hand. (Jocke)*

### ***”Så fort man slog upp sina klarblå”***

Missbruk av alkohol var i några fall en sorts flykt från verkligheten men även självmedicinering. De som alkoholdebuterade i tidig ålder, vid 12-13-årsålder, berättar att livet kretsade runt alkoholen.

*Så fort man slog upp sina klarblå. En flaska räckte inte långt... Det var ett djävla jagande efter brännvin på söndagar och få tag på chaufför, åka och köpa svart brännvin. (Micke)*

### **Missbruk – ett sätt att hantera känslor**

Enligt intervjumaterialet hade missbruk för en del personer haft att göra med hur man klarade av att hantera emotioner.

*Jag brukade alkohol för att jag inte kunde hantera mina känslor. Jag har svårt att uttrycka känslor. (Julita)*

Alkoholmissbruk kunde börja på det sätt att man hade en tendens att ta till vinflaskan när någonting gick tvärtemot det man tänkt sig.

*Jag kunde sitta och tycka synd om mig själv och tänkte: det hjälper mig om jag tar ett glas vin, två, tre, fyra, en flaska. (Maggan)*

Av intervjumaterialet framkommer att alkoholmissbruk i många fall handlar om skam och skuld.

*Det här är ju väldigt skamfyllt med den här problematiken. (Maja)*

*Jag hade sådana skuldkänslor när jag drack. (Julita)*

En respondent som varit drogfri i tio år förtydligar:

*Det var liksom det känslomässiga, det här är ju en känslomässig sjukdom, sen kan det se olika ut, men för alla är det känslor i grund och botten det handlar om... (Kalle)*

### ***”Jag var en tickande bomb”***

En del hävdar att bruk av alkohol och droger till stor del beror på svårigheter att uttrycka sorg och ilska, där man huvudsakligen lägger skulden både på sig själv men även på andra och där bearbetning inte kommit tillstånd.

*Det grundar sig mycket i sorg och förluster som man får arbeta med. Jag var en tickande bomb när jag gick där tack vare min ilska och den tror jag hör ihop med alla missbrukare lite smått, den här ilskan, man bearbetar inte sina grejer. Flyttar undan den och bygger på nytt. Så att det är lätt att man exploderar.” (Kalle)*

Int.: Vad var du ilsken på?

Inf.: *Det är förluster och sorg och liksom man lägger över allting på andra i stället. Det är det, det handlar om, det är obearbetad sorg. Jag har en farmor som gick bort som jag älskade väldigt mycket. Jag har en bror som har gått bort. Jag har förluster i mitt liv, och jag har inte kunnat sköta de här förhållandena. Det är en massa förluster jag har i mitt liv som är obearbetade... Ibland går det lätt, vi har alla dåliga dagar, men känslorna går över. Man dör inte av dem. (Kalle)*

Denna informant som reflekterat över sitt eget beteende både före och efter behandling beskriver sin självcentrering under tiden han missbrukade.

*Jag har ju rättigheter och skyldigheter, det måste jag titta på. Tidigare var det bara rättigheter jag hade. Man såg inte några skyldigheter, de var borta. Jag ska ha det här. När andra satte krav på en själv, då; dra åt helvete... Tidigare i missbruk skulle jag bara ha. Då var jag egocentrisk. Bara jag fick det jag ville ha, droger, pengar och sånt. Då var mitt behov tillgodosett. (Kalle)*

### **Missbruk – ett sätt att hantera arbetsrelaterade faktorer**

Flera respondenter beskriver att alkoholanvändning initierades på arbetet, det vill säga var arbetsrelaterat med mycket representation eller att den ingick som en del i arbetet. Även alkoholens tillgänglighet togs upp.

*Firmafester, arrangerade resor, drinkar i hotell, förrådskt... Nu måste vi koppla av. Nu är det fredag. Nu ska vi festa... nu ser det tomt ut [i hörnskap med sprit i], nu får du beställa lite från bolag. Där fanns det allting som i värsta restaurang. På fredag efter lunch satte vi igång med ostar och vindruvor och vin och allt. Det var ett ohyggligt drickande i tid och otid. (Maggan)*

*Det var så på 80-talet, att värdinnan inte kunde sitta och skåla med vatten, det såg illa ut. (Mia)*

*Jag var tvungen att smaka dagligen, det ingick i mitt jobb i 16 år. (Pelle)*

Enligt utsagorna uppfattar respondenterna att anledningen till missbruk kan handla om att som chef bli tvungen att säga upp medarbetare.

*Jag var vd på ett företag med 130-150 anställda [i slutet av 80-talet]... Jag fick en mycket tråkig uppgift, ett 30-tal personer skulle sägas upp. Det var folk som jag hade jobbat med sammanlagt 15 år... Det var flera som hade varit lika länge som jag, så att det var kära goda vänner... Jag tog så illa vid för det... //...Jag mädde inte bra av det, jag mädde förskräckligt dåligt. Jag*

*hade svårt att sova på nätterna... då började jag dricka vitt vin på kvällarna för att somna. (Emil)*

### **Missbruk – ett sätt att lösa livsproblem**

Alkoholmissbruk kan uppkomma smygande, ibland till följd av den livssituation man befinner sig i, till exempel i samband med en anhörigs sjukdom, att kunna stå ut med besvikelser, att kunna vara mer tillåtande, accepterande mot den man lever med.

*Jag kan inte säga exakt tid utan det har eskalerat... Jag bedövade min ångest, allt som hade hänt. Jag blev snällare, för jag kunde bli våldsamt arg när han gjorde tokiga saker [hennes man hade stroke]... Jag smällde till honom ordentligt. (Maja)*

Andra uppfattar att missbruk av alkohol kan ha att göra med svårigheten att handskas med allvarliga livsproblem; dödsfall, suicid, separationer, även skilsmässa, boendesituation etcetera. En kvinna som förlorade sin man i en olycka beskriver att hon ville glömma det hemska hon upplevt samtidigt som hon enligt egen uppfattning saknade stöd från omgivningen. Syftet med alkoholanvändningen för henne var att:

*Bli full. Komma ifrån verkligheten. Jag var ju deprimerad, men jag iaktogs inte av övriga människor. Jag ville att allt skulle gå lättare, men det var lättare för stunden, sen kom ju hemska bakruset eller baksmällan. (Titti)*

När hon senare levde ensam kunde hon börja dricka redan på morgonen. ”Så dåligt mådde jag och åkte till systemet, jag hade inga spärrar.”

När hon förlorade lägenheten blev en bekant orolig för hennes alkoholmissbruk och kontaktade hennes barn. Barnen kom och hämtade henne till avgiftning och vidare till beroendemottagning. Medan hon bodde hos dottern gick hon varje morgon till beroendemottagningen för att hämta ”en lugnande tablett, så uppriven var jag”.

En informant uppfattar att missbruk av alkohol ökade i samband med förändrad bostadssituation och i och med att hennes barn placerades i fosterhem.

*Att bo i andrahand när man har barn, det fungerar inte. Så att då var det värre och värre, jag kände mig jagad. Från början ville de [socialtjänsten] ta min dotter för att jag inte hade någon riktig bostad. Det var så det började. (Mia)*



Enligt materialet ökade missbruket i något fall i samband med arbetets art. För en respondent handlade det om oregelbundna arbetstider inom alkoholproduktion.

*Skilsmässa, under helgerna tog jag lite. Jag jobbade i 3-skift. Jag jobbade kvällar och nätter, hon [frun] jobbade helger... jag blev av med både hus och barn och bil, allt. (Pelle)*

Denna informant var bostadslös och bodde i en bil i några månader.

*När jag blev av med bostad rasade allt. Jag hade ingenstans att duscha... Hur skulle jag kunnat sköta ett jobb när jag låg i bilen. Hade jag bara haft tak över huvudet, hade det kunnat rädda mig. ... Jag kunde inte sköta jobb, ligga i en bil, skitig, ha samma, gamla kläder. Nej, det gick inte. (Pelle)*

Efter detta bodde han på ett hem där det fanns narkotikamissbrukare. Han hade aldrig använt narkotika. Sedan flyttade han till ett boende för hemlösa. Han uppger att han gärna vill ha kontakt med sin dotter men kan inte tänka sig att placera henne ”bland 100 uteliggare”. Hans tankar kretsar kring sysselsättning, ekonomi, kontakt med dottern. Situationen förbättrades något då han fick en sängplats på ett inackorderingsboende.

### **Missbruk – ett långsamt förlopp**

En av de tillfrågade som inte kan peka på vad som var den utlösande faktorn till missbruket angav samtidigt en rad incidenter under flera år.

*Ibland har jag skylld på omständigheterna, min syster begick självmord och... det var en sorgprocess som jag gick igenom. Hon hade försökt ta livet av sig sedan jag var 10 och hon 12. Sedan lyckades hon i vuxen ålder. Det var tabletter. Men det, jag vet inte, det var jättehemskt, jag vill gärna skylla på det men jag vet faktiskt inte, om jag ska vara riktigt ärlig. (Lasse)*

Denna informant uppger att när han kom in i sorgprocess började han dricka mer och mer alkohol. Livet började bli ohanterligt, han blev deprimerad och kom in i en ond cirkel. Sedan övergick han till amfetamin och kom så småningom in i psykos. Han är en av dem som berättade mycket om sin barndom och ansåg att en anledning till missbruk/beroende var att ”många har det i sin familj”. Han berättade att systemns återkommande suicidförsök blev en familjehemlighet som de absolut inte fick berätta om, inte utanför hemmet, inte hemma heller. En gång deltog de i familjebehandling.

*Det var jag och min syster, mamma och pappa och vi satt där och så var det så där tyst och de sade inget. Jag tyckte det var så pinsamt... när vi kom ut*

*sade farsan att det var sista gången vi gick dit för ”det var bara skit”. Sedan gick vi hem och det var som vanligt. Vi var ju bara barn, vi kunde ju inte säga något. (Lasse)*

Int.: Vad gjorde skolan?

Inf.: *De skickade systemen till en kurator, men det hände ingenting. Detta var på 70-talet, in på 80-talet. Det hände inget, hon fick ingen hjälp. Mycket var det för att mina föräldrar... Det var skam. (Lasse)*

Lasses pappa hade varit med om flera separationer och i familjen var det varken tillåtet att prata om eller visa känslor som ilska och sorg. Lasse säger att hans pappa hade växt upp med ”hysch, hysch”. Pappans far hade kommit till Sverige från ett annat europeiskt land under andra världskriget och pappa hade som liten blivit adopterad.

*Det är klart, det satte spår i honom. Han var inte välkommen. Han skulle bli något. Som man ser det så finns det inte ett problem i hans värld... Han växte upp först med sin mormor tills han blev tagen tillbaka, då han blev adopterad igen när mamman träffade en ny.*

I vuxen ålder fick Lasse veta att hans farfar inte var hans riktiga farfar. Pappa pratade inte om sådant. ”Mamma visade mer känslor men vi pratade inte om problem. Vi visade glädje. Man skulle vara glad jämt”. (Lasse)

Int.: Har detta präglat dig?

Inf.: *Det har spelat in. Jag har blivit lite sådan också. Problemen skulle sopas bort, nu byggs det i stället på mer och mer på en hög som skapar ångest som kanske gör att jag dricker mer. (Lasse)*

### **Missbruk – en livsstil**

Alla respondenter beskriver att de hade startat sitt missbruk med alkohol även om narkotikan senare blivit deras huvuddrog. En del informanter gav uttryck för att det inte var problem som gjorde att de började missbruka utan att det mer handlade om sättet att leva.

*Det har varit ständigt helgsupande, varje helg har det varit i regel men inte så mycket på veckorna kanske. Det var inte p.g.a. problem direkt. Det var det inte, det var en livsstil, tror jag... Alkohol är en drog och sjukdomen är falsk, stark och listig. (Timo)*

Han hade reflekterat över sin situation och fick tidigt höra av en polis hur det skulle gå om han fortsatte med sitt drogmissbruk.

*Det tog inte så lång tid. Det var precis som han [polisen] sade. Det blir lägenheten först, sen blir det körkortet, sen är du arbetslös, sen är det färdigt. Jag lyckades rädda lägenheten precis, mitt körkort gick ju åt helsike. (Timo)*

En respondent som var förtidspensionerad beskriver att han aldrig var berusad utan tog ”lagom” så att omgivningen inte märkte något.

*Det började med att jag köpte hem lite sprit, öl och vin till helgen... jag fortsatte att dricka och det började med att min fru började klaga och vartefter jag gömde sprit i friggeboden så har det ökat... //... Sen har jag tagit den snabba vägen när jag varit bakfull, jag har alltid gått upp på morgonen, kokat kaffe till min fru, fixat mackor, bäddat och grejat. Men jag har haft i huvudet att jag måste få en återställare. (Rune)*

### **Insikt om att alkohol/droger har blivit ett problem**

Även om missbruk och beroende enligt materialet många gånger har varit en process som pågått länge beskriver en del personer en särskild situation när de första gången inser att de har problem.

*Vi skulle åka till... [dottern]. På fredag eftermiddag handlade jag och köpte vin. När jag skulle sätta mig i bilen kände jag som om huvudet skulle sprängas. Jag satte mig i bilen och dricker ur... en flaska och somnar. Min man kom hem, skulle åka och leta och han hittade mig. (Maggan)*

Att utveckla missbruk eller beroende kan vara en långdragen process. En av respondenterna berättar att det för honom i arbetsledande ställning var nödvändigt att hålla huvudet kallt och inte reagera känslomässigt.

*Som vd ska man inte ha några känslor. Så att det var väl så det började och sen blev det tillvänt. Det är inte så att det bara är en dag du har ett tillfälle, de flesta har inte ens det, utan det har börjat och sedan växer det sakta, sakta till sig. Tills man ser att det är ett problem. (Emil)*

Enligt utsagorna kan insikten om att intag av alkohol har övergått till missbruk komma under ledigheten.

*Jag kom på, mitt i semestern, att jag inte varit nykter en enda dag och då fick jag en riktig tankeställare. (Mia)*

En del respondenter är medvetna om att det är frågan om beroende.

*Jag har nog byggt upp ett beroende och kommit fram till det själv. Jag reste ju i många år som... i hela Sverige och i Tyskland. Jag drack ingenting förrän jag var 23 år... Efter något år började jag köpa lite öl, reste och*

*aldrig körde bil, hade traktamente, levde gott... det var några öl varje kväll och sen har jag byggt upp det här mer och mer. (Rune)*

Hur ser livet ut innan man kommer till behandling? En informant berättar om sin ensamhet och skygghet.

*De sista åren umgicks jag inte med någon, jag hade inte ens missbruksvänner. Jag gick ensam under flera års tid och det var så vansinnigt att det inte är sant. Jag vågade inte träffa folk till slut. Vågade knappt gå in i affären... det blev sådana kontraster, jag som jobbat som... och umgått, konfronterats med så mycket människor... och så plötsligt vågar jag nästan inte gå och handla, till följd av missbruket. (Lasse)*

### **Sammanfattning**

Av intervjumaterialet framträder bilder om att syftet med användningen av alkohol många gånger var att öka självförtroendet och välbefinnandet. Problem med missbruk och beroende kan ha haft att göra med obearbetade känslor, som ett sätt att våga visa eller döva känslor, i stället för att ta tag i och bearbeta sina problem. Att känna skam och skuld när man dricker eller dricker man för att stoppa känslor om skam och skuld, båda delar kan finnas hos samma person. Enligt utsagorna relateras missbruk av alkohol till arbetet där alkohol haft hög tillgänglighet och ingått i representationen eller att man i arbetsledande ställning blivit ålagd att säga upp medarbetare. I några fall framträder bilder om att olösta livskriser och problem kan ligga bakom missbruk; en anhörigs sjukdom, separationer eller död.

I intervjumaterialet framkommer att missbruk av alkohol och narkotika kan ha kommit smygande eller har utvecklats successivt under flera års tid. Intervjupersonerna här kan inte peka på någon särskild händelse utan beskriver mer en kedja av händelser. För några informanter har missbruk inte varit ett sätt lösa problem utan har mer hört ihop med deras livsstil. Materialet visar att även om missbruket kommit successivt finns det ögonblicksbilder där respondenterna ser att deras missbruk övergått till beroende. Detta kan i sin tur leda till insikten om att man har problem. Materialet visar att flertalet informanter talar om missbruk av alkohol eller droger och många har svårt att se skillnad mellan missbruk och beroende.

## 10 Erfarenheter av behandling

Sju av respondenterna hade deltagit i 12-stegsbehandling på behandlingshem fem i återfallsprevention inom öppenvård. Två hade deltagit i både 12-stegsbehandling och återfallsprevention på behandlingshem. En respondent hade vistats i omvårdnadshem.

I referensgruppen har diskuterats vilken typ av intervention som krävs för missbruk/skadligt bruk och för beroende. Beroende anses vara en allvarigare diagnos än missbruk/skadligt bruk och kräver ofta behandling till exempel med återfallsprevention och total avhållsamhet. De behandlingar som respondenterna deltagit i är 12-stegsbehandling och återfallsprevention med kognitiv inriktning. Återfallsprevention sker antingen individuellt eller i grupp. I denna rapport har vårdformerna beskrivits oberoende av om de finns inom öppenvård eller slutenvård.

Initiativet till behandling har i de flesta fall tagits av informanterna själva eller av socialtjänstens handläggare. Av utsagorna framgår att socialarbetare och andra myndighetspersoner har försökt motivera de intervjuade till behandling men har inte alltid lyckats med det. Ett citat kan illustrera detta. *Många sög tag i mig, socialen... men det ville jag inte. Jag ville knarka och må bra liksom som jag såg det, ingenting annat.* (Kalle)

I början har en del motvilligt gått med på att delta i behandling. Deltagandet har för några öppnat ögonen för att de inte är ensamma utan att det finns andra i liknande situation och att missbruk och beroende är ett större samhällsproblem samt att det är människor från olika samhällsklasser som deltar i behandling.

### 12-stegsbehandling

12-stegsbehandling kallas också för Minnesotamodellen. Grunden för den utgörs av AA:s 12 steg. Deltagande i AA-möten är obligatoriskt under behandlingstiden. 12-stegsprogram, primärbehandling på fyra veckor, omfattar föreläsningar och gruppdiskussioner, ofta med lektioner från morgon till sen kväll. Delmomenten i behandlingen handlar bland annat om att gå igenom vad missbruk och beroende innebär och programmet rekommenderas av respondenterna. Följande citat belyser vad 12-stegsbehandling omfattar.

*Gruppterapi, hur man mår den här dagen, diskuterar sug och sen hör det till att man går på två AA-möten. Man försöker plocka ner, plocka isär beroendet.* (Jocke)

Ett annat citat lyder:

*När jag kom dit [behandling] medgav jag på en gång att jag är en alkoholist... jag var helt öppen från början... Man kunde absolut inte sitta*

*och ljuga för dem, för det genomskådade de direkt. Det var hårt på rätt sätt. (Titti)*

12-stegsbehandling beskrivs som krävande men samtidigt som framgångsrik. *Den var så intensiv. Den var jättejobbig. Den var schemalagd, vi fick inte gå ut ensamma, det var 24 timmar, från morgon till kväll, helger. Det var jobbigt, det var nästan hjärntvätt till slut. Det passade mig... Jag förstod sjukdomsbegreppet, missbruk överhuvudtaget. Det var på djupet vad det innebär... man jobbar mycket med sig själv, att bli en bättre människa helt enkelt. Bara det gör att självkänslan, självförtroendet stiger, sakta men säkert". (Lasse)*

En del respondenters berättelser om behandling går in i varandra så att det är svårt att avgöra om det handlar om öppenvård eller slutenvård. En av dem med erfarenhet av fyra 12-stegsbehandlingar beskriver dem stegvis:

*Den första var fyra veckors öppenvårdsbehandling, den andra var fyra veckor på slutenvårdsbehandling, sen gjorde jag en behandling till... och kom till halvvägshuset, sen fick jag komma direkt till en ny primärvårdsbehandling och sen gjorde jag en månad i halvvägshus. (Lasse)*

Ett par av de tillfrågade beskriver att 12-stegsbehandlingen innehöll alltför många gruppdiskussioner som för deras del inte ledde till nykterhet. Vid intervjutillfället vistades två respondenter på behandlingshem där behandlingen bestod av återfallsprevention med kognitiva inslag efter att båda hade tagit återfall. Alla var inte nöjda med den 12-stegsbehandling de genomgått.

*Det var inte särskilt bra, det är olika metoder, olika tankesätt hur man har det. Jag var där i fyra veckor och gjorde ifrån mig vad jag skulle, var en skötsam klient... Det var inte så mycket 12-steg. Det är väl så att jag är en ganska typisk teoretiker så jag köper böcker och läser om allting så att jag hade läst om metoden ganska ordentligt innan jag åkte dit... det var mest bara att sitta i cirkel och prata dag ut och dag in. Och till sist fanns det inte så mycket mer att prata om. (Emil)*

En annan respondent beskriver innehållet i den 12-stegsbehandling han deltog i enligt följande.

*Man skulle visa så mycket känslor och visst kan man visa känslor, det tycker jag är helt ok. Lyssna på personer och hjälpa dem på traven men det får inte vara för mycket... terapeuten sade många, många gånger att du visar inte känslor, då kommer du att börja dricka igen. Jag förstod aldrig det där... Vad som var jobbigt där, det var den här hjärntvätten först. De skulle ta en ner på jorden... Jag hade svårt att erkänna de första dagarna att jag var alkoholist (Rune)*

12-stegsbehandling och återfallsprevention anses ändå ha stora likheter.  
*Minnesotatypen och återfallspreventionen, det är i stort sett samma sak, men man uttrycker sig på annat sätt. (Rune)*

### **Mål, metod och struktur i behandlingen**

Enligt respondenternas utsagor har man ibland satt upp mål i behandlingen medan man i andra fall inte har fastställt några direkta mål. Några intervjupersoner säger att de själva har satt upp sina mål.

*Jag fick sätta upp egna mål för vad jag ville uppnå... Det som jag vill uppnå, det är att kunna se min dotter i ögonen, inte skämmas inför henne, att återfå människovärdet. (Maja)*

En del betonar nykterhet i stället för mål.

*Nej... man har inte satt upp några mål. Att bli nykter, att närma sig ödmjukhet, det måste komma inifrån. (Jocke)*

Vikten av ens egen roll i behandlingen tas upp.

*Jag har jobbat med det [förluster, sorg] själv. Det är jag som måste jobba med det, jag kan inte få hjälp utifrån... det enda som en terapeut eller någon kan göra är att vägleda mig in och titta på de här sakerna. (Kalle)*

Det förefaller enligt utsagorna vara relativt vanligt att de intervjuade och socialarbetaren har liknande uppfattning om i vilken sorts behandling man skulle delta. Följande citat bekräftar detta:

*Ja, det hade vi, frågan var bara om jag skulle kunna strukturera mig i tider. Jag har faktiskt lyckats ganska bra att hålla tiderna, till min egen förvåning. (Jocke)*

*Vi har haft väldigt bra samarbete med socialtjänsten, så att vi aldrig har pratat förbi varandra utan vi har varit ense om vad problemen varit. (Emil)*

Samarbetet med psykiatrin togs upp som en viktig del i behandlingen.

*Psykiatrin har jag konstant kontakt med. De har för lite tid och resurser tycker jag. Man får nästan slå sig in för att få läkartid. (Jocke)*

En respondent som hade vistats i ett omvårdnadshem hade en direkt negativ inställning till placeringen och menade att

*Den hade överhuvudtaget ingen inriktning. (Julita)*

Int.: Vad skulle behövt hända för att det skulle ha varit bättre?

Inf.: *Mera samtalsterapi, mera fokusering på patienten, mera framåt, det var bara mat, vila på sitt rum, nej, aldrig mer. Det gav ingenting, ingenting som jag upplevt de två månaderna. (Julita)*

Behandling beskrivs som ”drogfri förvaring” av en respondent som deltagit i tre behandlingar som enligt henne inte gav något. Däremot var det lärorikt att vistas bland personer med missbruk och beroende av alkohol och narkotika och att hon gjorde det i studiesyfte.

*Även om jag inte passar in bland dem så försökte jag att prata med dem och vara naturlig. Så att det var där jag lärde mig att man ska inte döma människor, det finns alltid en tragedi bakom. (Titti)*

### **Återfallsprevention**

I återfallsprevention som bygger på kognitiv beteendeterapi ligger tyngdpunkten i att identifiera faktorer som föregår återfall och att hitta strategier att hantera återfall. Syftet är att uppnå och behålla drogfrihet. Flera respondenter har deltagit i återfallsprevention, antingen enskilt eller i grupp, inom öppenvård i sin kommun. Enligt intervjumaterialet är många nöjda med den återfallsprevention de genomgått. Ett par respondenter beskriver vilken betydelse behandlingspersonalen men också gemenskapen med de andra haft.

*Jag tänkte att får jag den här chansen med den här proffsiga hjälpen då måste jag. Man måste vilja själv men det är mycket deras [personalens] förtjänst. De har varit helt underbara. Det är så unikt att något sådant finns. (Maggan)*

*Det har gått fantastiskt bra och jag tycker att vi ger varandra mycket, likaså de som leder kursen. Det är strikt, det är bra. (Maja)*

Återfallsprevention uppges innehålla regelbundna möten och uppgifter som deltagarna senare får redovisa.

*Det var en massa hemuppgifter man skulle göra, som vi skulle svara på, i vilka lägen känner du sugen och i vilka lägen klarar du av att vara i någon fest. Det var en massa frågor och jag tycker att just det här att få hem uppgifter och när man kom tillbaka, redogöra för sina tankar. I början var man ju väldigt skeptisk till det. (Paul)*

En informant jämför 12-stegsbehandling med återfallsprevention med kognitiva inslag och anser att den senare var mer lämpad för hans del.

*Jag tycker att terapin här, den kognitiva beteendeterapin, på den här återfallspreventionskursen, den är bra... Det här passar mig bättre. (Emil)*

En del har varit öppna med att berätta för sina vänner om deltagandet och anser att återfallsprevention handlar både om fakta och förklaringar samt om stöd och hjälp.



*Det är att man får de här förklaringarna. De går igenom hjärnans belöningssystem. Man behöver jättemycket upplysning. Och alla de här sakerna som man har undrat över plus att man tycker själv att man är värdelös. Jag är ensam om det här med att dricka, det är nog bara A-lagare, alkisar, missanpassade och missbrukare. Alla andra ser så skötsamma, trevliga ut. De kan omöjligen missbruka alkohol.*(Maggan)

Ett par informanter berättar att de har ett stoppkort för att förebygga återfall, för att lära av det som hänt och att använda den kunskapen nästa gång det blir kris. Ett sådant kort har text eller bild på båda sidor, den ena sidan med positiva resultat av att vara nykter och den andra sidan med negativa konsekvenser. När suget kommer tittar man på kortet för att förhindra återfall.

*Vi har alla fått ett litet kort som vi har fått inplastat. Nu har jag det hemma i plånboken.* (Maja)

En annan informant beskriver att han förutom ett stoppkort behövde även egna förklaringar för att kunna sluta dricka alkohol.

*Det handlar om att jag har svårt att sluta när jag dricker. Liksom tankegången när jag fått sug, det är där jag måste ha ett stoppkort. För att man är lite Dr. Jekyll och Mr. Hyde<sup>2</sup> när man dricker.* (Rune)

### **Återfall och konsekvenser av återfall**

Återfall anses ingå som en del i tillfrisknandet. Två informanter hade nyligen tagit återfall och vistades för tillfället på ett behandlingshem. En respondent uppger att han hade varit drogfri i tio år. Efter första behandlingen hade han tagit återfall som ledde till en återgång till tidigare beteende och som var en period på elva månader. Han berättar att situationen blev värre efter behandlingen.

*Jag hade fått samvete därifrån [från 12-stegsbehandling] för efter sju månader började mitt återfall, mitt knarkande och drickande och det blev mycket värre än det hade varit tidigare... man skulle bedöva sig riktigt ordentligt.* (Kalle)

Han menar att ångest hade varit hans drivkraft att sluta missbruka droger och beskriver hur han ändrat sina tankemönster och sitt uppträdande.

*Någonstans så var det den här ångesten som var min drivkraft, att lägga av. Den drev mig framåt att sluta. Ångesten bottnar i rädsla. Om jag blir ilsken,*

---

<sup>2</sup> Citatet handlar om berättelsen om människans inneboende förmåga till både ont och gott. ([www.sv.wikipedia.org](http://www.sv.wikipedia.org)). Mr Hyde är Dr. Jekyll själv efter att ha intagit egenhändigt uppfunnet elixir som släpper fram hans mest primitiva och brutala sidor. Till slut börjar Dr. Jekyll förvandlas till Mr. Hyde även utan hjälp av elixiret (ibid.).

*att inte klappa till det första jag gör. Jag har också rätt att visa att jag blir arg om någon trampar på [mig], det är normalt, liksom den känsla du föds med och sen gränsdragning, hit men inte längre. Visa det. I dag kan jag visa för folk att jag blir arg, men jag klappar inte till någon, försöker ändra de här beteende- och tankemönstren... (Kalle)*

Vad som har betytt mest för att lyckas komma vidare var enligt honom att gå emot sina rädslor och bygga upp sin självkänsla.

*Ångesten är min största drivkraft i dag. Det är den som drivit mig fram dit jag nått i dag. Det är min ångest. Det är min drivkraft, att gå emot mina rädslor. Bygga upp min självkänsla, bli säker på mig själv. Jag gör också mina misstag, men det gäller att lära sig, försöka göra om, för livet ser annorlunda ut dag för dag. (Kalle)*

Han fortsatte att berätta hur han gått tillväga för att komma vidare.

*Jag har börjat känna mig själv. Vad står den här känslan för? Vara i den, känna på den, inte försöka byta ut den mot något annat.*

Samtidigt betonade han vikten av gränssättning.

*Det är bara att sätta sina gränser. Det är det som ger mig respekt, att respektera den jag är.*

Det finns utsagor som visar att man kan lära sig av andra som tagit återfall, att inte behöva göra samma misstag. Att förutse fällorna hade en del lärt sig i behandling, vilket räckte som motvikt till att hålla sig alkoholfri.

*Andra får dricka men jag ska inte dricka. Jag har förstått att om jag smakar ett glas så skulle jag kanske vilja ha mer. Jag vågar inte ta den risken. (Titti)*

Tidigare kunde hon säga när barnen ringde att hon inte druckit alkohol fast hon satt med ett glas i handen. Efter 12-stegsbehandlingen har detta inte hänt. Hon fortsatte att berätta:

*Jag är så lycklig att jag verkligen kan vara ärlig och säga; jag har icke tagit en enda alkoholdryck i min mun sen jag kom in i den här svängen med behandling. (Titti)*

### **Sammanfattning**

Enligt materialet har 12-stegsbehandling varit den mest använda. Sju av de sammanlagt nio som genomgått 12-stegsbehandling verkar nöjda och värdesätter programmet som uppfattas både som strukturerat, ”strängt” och disciplinerat. Programmet har i många fall varit bidragande till deras nykterhet men det anses inte passa för alla. Den behandling respondenterna gått igenom har i många fall varit framgångsrik där de uppsatta, egna eller gemensamma, målen uppnåtts. Det som också kan hända är att man omvärderar målet under behandlingens gång. Enligt utsagorna betonas vikten av att man i behandling tar hänsyn till varje klients individuella behov

eftersom gruppen är så heterogen. Det framkommer tydliga skillnader mellan vistelse på behandlingsinstitution och omvårdnadshem där den förra erbjuder behandling men inte den senare. Av utsagorna framgår hur viktigt det är att tala om återfall, ”att tänka efter före” och att hitta sätt att gå vidare och att hitta strategier efter återfall. Återfallsprevention med kognitiva inslag är en uppskattad modell och används både inom öppenvården i många kommuner och på behandlingsinstitutioner.

## 11 Strategier till drogfrihet

En av strategierna till ett liv utan alkohol beskrivs som att hitta rätt prioriteringar i livet. Följande citat kan illustrera detta:

*Det är att hitta, förutse triggersituationer. Vad ska jag göra i samband med dem? Hur reagera, och även ifall det är okända triggersituationer, hur agera då? Hur hantera dem? Och det är att jag tar på mig för mycket jobb och blir rejält stressad av det... och då är det lätt att ta till lite vin för att döva... så ser jag helt klart att det är frågan om att prioritera, det viktigaste först och en del kanske kan jag låta bli att göra, inte minst låta någon annan göra och sedan spjälka upp varje situation, varje problem i delproblem och inte minst göra projektlister dag för dag. Se till att det inte är mer än jag gott och väl kan göra utan problem under en dag och när det är gjort, inte minst som jag skriver med versaler TA LEDIGT. När jag gör struktureringen så är det hjälpsamt, ta en ledig dag ibland och kanske till och med ta lördag, söndag ledigt. (Emil)*

En annan strategi kan vara att påminna omgivningen om att man numera är drogfri eller att man har kommit till insikt om att man inte tycker om alkohol. Ett citat lyder:

*Finns det några alkoholfria drinkar... Jag tycker att jag hittar så mycket som är gott. Tranbärsjuice med isbitar och citronklyfta i, alldeles utmärkt och jag vaknar varenda morgon på semestern och är så här pigg. (Maggan)*

### Undvikande

**”Jag blev så öltörstig att jag inte badade bastu...”**

Vikten av att lyssna på signaler för att undvika situationer som framkallar sug tas upp.

*Ju längre man varit drogfri desto lättare blir det. Sug har jag inte haft de sista fem åren... i början av min drogfrihet hade jag det. En gång skulle jag bada bastu. Jag blev så öltörstig att jag inte badade bastu på ett och ett halvt år. Det var i början av min drogfrihet. Sen gick det bra. (Kalle)*

En respondent beskriver sin strategi för att hålla sig nykter på följande sätt. *Jag har gått ut på berget och tittat ut på vattnet och bara suttit där för att få vara i fred. Det går över bara jag får vara i fred... (Mia)*

Samma mekanismer gäller enligt henne för rastlöshet och sug.

*Fortfarande ett år efter att jag var nykter var jag så fruktansvärt rastlös och ville klättra på väggarna och visste inte vart jag skulle ta vägen, men det går över, 10 minuter i bilen eller 20 minuters promenad vid vattnet. Det är samma sak med suget. Ger man det 15 minuter – en halv timme, då finns det inte kvar längre. Eller bara att man ska vara så smart att inte ta första bästa*

*krog eller systembolaget när man har suget och gör något utan att tänka på det. (Mia)*

## **Val av nätverk**

Några respondenter beskriver att strategin till drogfrihet är att gå på AA-möten.

*Om jag känner mig riktigt sugen så finns AA, det finns alltid något kvällsmöte eller morgonmöte. (Jocke)*

Andra ger uttryck för rädslan att förlora sin familj, att bli drabbad av en sjukdom eller att dö om alkoholanvändningen fortsätter.

*Jag vill inte mista det jag har i dag... det är hårfint att min fru går från mig. Det är ingenting man gör efter 40 års äktenskap. Min familj har sagt att slutar inte du nu så kommer vi att lämna dig. Och det är det sista jag vill. Först och främst är jag rädd att jag ska bli sjuk och dö för det gör man om man fortsätter. (Rune)*

En av respondenterna uppger att han tror på en högre makt.

*Jag tror att det finns någonting här uppe men som jag inte tänker på kontinuerligt. Man har fått en second chance. Man får tacka honom där uppe, han har säkert ett stort finger med i spelet. (Janne)*

## **”att fly undan sig själv, det går inte”**

En del respondenter tar avstånd från sina missbrukande vänner och inser samtidigt att de måste göra något åt sina problem.

*Jag sade upp all bekantskap med mina [missbrukande] vänner... Det går att göra det, men då ska du suga tag i problemen. Det går att göra geografiska flykter men att fly undan sig själv, det går inte. De geografiska flykter jag har gjort, jag har letat upp missbrukarna direkt. Det blir så ensamt så jag pejlar in dem direkt. Det är inga svårigheter. Så det gäller att suga tag i sitt problem... man måste göra något åt sitt beroende. (Kalle)*

Enligt utsagorna förefaller några respondenter antingen sakna stöd från sitt nätverk eller att kontakterna med vänner är ytliga, vilket innebär att de känner sig ensamma.

*Jag har ingen sån här riktig polare som man kan anförtro sig åt. Jag har egentligen aldrig haft... det har väl funnits en gräns däremellan, privatliv och polare. Man snackar och pratar mycket men om ingenting. Jag känner väldigt mycket folk men det är ofta hej och mors och hur är läget. (Janne)*

*Jag har inga andra polare än gamla missbrukare, så att man blir ensam. (Timo)*

Vad gäller relationer och nätverk säger en respondent att hon hade många vänner under tiden hon bodde på inackorderingshem med 12-stepsprogram. Hon framhåller:

*Ibland kan jag känna mig väldigt ensam, fast jag har barn och barnbarn men man kan inte hänga upp sitt liv på sina barn... jag läser väldigt mycket. Jag hade många nära vänner när jag drack. Mina bästa vänner nu är mina barn och barnbarn. (Titti)*

En ytterligare förklaring som ges är livets oförutsägbarhet.

*Jag vet bättre vad jag ska göra men det är klart det finns ingen situation som är den andra lik så att det är inte som en skådespelare att man har hela manus i huvudet, men klart bättre förberedd tycker jag att jag blir. (Emil)*

### **Drogfrihet – att bibehålla det fattade beslutet**

De flesta respondenterna uppger att man inte kan gå från beroende till kontrollerat drickande utan håller fast vid att aldrig mer dricka alkohol.

*Jag vill inte chansa. Det gäller att bara bestämma sig... Jag ville bort från det här mönstret och där [i öppenvårdsbehandling] insåg jag att då var det att sluta totalt med alkohol. Helt och hållet, punkt slut - inte en droppe alkohol. (Maggan)*

*Jag vågar icke ens ta en lättöl. Jag har bestämt mig att jag ska vara nykter för jag kan inte sköta alkohol... Jag tror att det är förankrat med att jag hade ett sånt helvetes helvete, jag mår så jäkla dåligt. (Titti)*

Enligt utsagorna framhåller flertalet respondenter att de helt och hållet måste avstå från alkohol och droger för att må bra och är väl medvetna om konsekvenserna.

*Jag har tagit avstånd från alkohol och droger. (Kalle)*

En av de tillfrågade uttrycker sig drastiskt och säger.

*Fullständigt. Det var i samband med att jag varit sjuk, inte en droppe. Jag hade väl inget val, annars hade det blivit en ”träfrack” och en halv meter ner i jorden. (Janne)*

En respondent säger att han i sitt liv har varit en skådespelare i 40 år, ”dubbelgångare”, men för att behålla drogfriheten innebär det att vara uppriktig mot sig själv.

*Jag kan aldrig ta något mer. Nu är det färdigt. Det får jag bära med mig resten av livet. Om man ska lyckas med det här [drogfriheten] måste man vara genomärlig, ärlighet mot sig själv och mot andra. (Timo)*

Enligt utsagorna innebär drogfrihet att ingen alkohol och inga droger används.

*Ingen alkohol, ingen amfetamin, ingen kokain, inget sinnesförändrande (Jocke)*

### **Drogfrihet som personlighetsutveckling**

Vad innebär drogfrihet konkret? Ett par citat lyder:

*Det känns som en stor lättnad kan man väl säga. Man behöver liksom aldrig fundera på om man ska hinna till bolag eller till affär. Man hittar livet.*

(Janne)

*Jag har fått så mycket positiva saker som har hänt mig. Och jag känner mig så avkopplad och lugn, förut var jag ett nervvrak. (Titti)*

### **”Drogfriheten, den betyder ... att vakna till ett nytt liv”**

Drogfrihet kan innebära ett nytt liv samtidigt som tillit och stöd från omgivningen beskrivs som avgörande.

*Drogfriheten, den betyder faktiskt att vakna till ett nytt liv. Om allting går bra och jag menar, det är mycket på den sociala sidan, att öppna mig utåt, och även om det kommer att ta tid att återfå familjens förtroende, det är det allra viktigaste, det är nog a och o för mig. (Emil)*

Drogfrihet kan handla om att hitta jämvikt, balans i livet samtidigt som det innebär att undvika att gå över till annat missbruk.

*Jag har balans på livet, inget spel eller något sådant där. (Lasse)*

Upplevelsen av nykterhet beskrivs som positiv och som bidragit till ökad självkänsla.

*Det finns inget negativt egentligen genom att vara nykter, det finns bara positiva saker... jag ska leva vidare och ha ett helt nyktert liv. (Rune)*

*Kan jag klara av att sluta med alkohol kan jag vad som helst. Jag är världsbäst. Om man tror på det jobb man vill ha, så går det. Jag skulle kunna bestiga berg. Det finns inget jag inte kan klara av. (Maggan)*

Drogfrihet beskrivs innebära frihet från skam och att man bearbetat och kommit till rätta med liknande känslor.

*Den betyder allt, jag kan åka hit med högt huvud utan att jag behöver skämmas att jag är bakis. (Maja)*

### **Vändpunkter**

Det finns olika vägar att komma till insikt för att kunna ta sig ut ur missbruk och beroende. Ett citat lyder:

*Det var att man kom ner till botten. Det fanns inget kvar, tappade livslusten... Och alkoholen, den fäste inte något bra. Blev bara sjuk. Som om någon högre makt sade: nu är det bara att lägga ner. (Janne)*

Denna respondent som ”endast druckit folköl” berättar om de minnesutredningar, medicinska undersökningar och andra behandlingar han genomgått och som enligt honom på sikt har gett resultat.

*Nu är det mycket sådana här minnesutredningar, i och med att hjärnan var fullständigt tom... Minnet har blivit bra mycket starkare. Det är precis som att det återinträder igen, celler vaknar till på något sätt. Ett tag var det fullständig kaos där uppe... Det går liksom inte att jämföra. Det är en pånyttfödelse. (Janne)*

Vändpunkten kom så småningom i samband med att få ett arbete, att ingå i gemenskap och känna samhörighet.

*Det var en person som började få in mig i arbetsgrupperna, i servicegrupperna. Det började då. Sen efter det kan det ha varit en månad, två månader. Då fick jag flytta hem igen. Då var liksom hela hjulet komplett. (Janne)*

### ***”Du har två alternativ, antingen slutar du eller så dör du”***

För en annan kom vändpunkten när han låg på sjukhus och en läkare visade röntgenbilder på att han hade levercirros och uppmärksammade honom om situationens allvar.

*Började tänka efter när jag hamnade på sjukhus. Det gick upp en tanke, äntligen. Annars hade det väl fortsatt. Det var läkaren som sade att levervärdena var dåliga. Läkaren sade: Du har två alternativ, antingen slutar du eller så dör du... Då fick man en tankeställare. Man såg som på bildskärm. Hon visade: här är borta, det är skrumplever. Den här återhämtar sig aldrig... Om du tar vanligt blodprov har du bra värden fast levern inte är bra. (Micke)*

Efter det kom han till öppenvård.

*Jag hade inte hamnat här annars, men det var läkaren som satte LVM på mig.*

En kvinnlig respondent var själv övertygad om att det gällde att välja mellan liv eller död.

*Man kan få ett bra liv om man skippar alkoholen. Att det är a och o och att det inte är värt, att förstöra livet på det viset... Det är att välja mellan att dö eller att leva. (Titti)*

Den enda av respondenterna som menar att hon tillfrisknat utan vård, säger att hon fick en tankeställare genom att vistas på ett omvårdnadshem, ”en



förvaring” där hon erbjöds möjlighet till återhämtning samtidigt som hon fick tid att tänka igenom vad som var meningen med livet.

*Jag tror inte det är behandlingen som har hjälpt mig. Det är bara att jag har hamnat på en sådan institution... som hjälpt mig att sluta dricka. Jag fick en tankeställare. Det faktum att jag varit borta från min familj i två månader och det stället och jag har haft möjlighet att grubbla över vad jag vill och vad jag inte vill. (Julita)*

### **Sammanfattning**

Deltagarna i studien anger olika förklaringar till drogfrihet och olika vägar att uppnå det. De mönster man ser är att deltagarna hittat skilda sätt att kompensera missbruket, ofta med något som upplevs som meningsfullt, till exempel att hitta lugnet i naturen, AA-möten eller en högre makt. I sättet att få struktur på tillvaron beskriver några vikten av att få stöd i omgivningen i form av familj och vänner, nätverk medan andra menar att det handlar om ett fattat beslut, en viljestyrka och en insikt om att livet inte är oändligt. Respondenterna beskriver nästa steg bort från alkohol och droger som att hitta en ny plattform, att lämna ”sin missbruksidentitet” bakom sig och att börja prata om balans och om livet nu och då.

Enligt utsagorna betonar ett flertal respondenter vikten av att lämna alkoholen och drogerna som ”ett-antingen-eller-beslut” där de hämtar styrkan i att aldrig mer använda alkohol och andra droger. Materialet visar att det inte finns några allmängiltiga vändpunkter. En del beskriver vikten av att nå botten, andra att det varierar, beroende på individ.

## 12 Framgångsfaktorer

Vad är framgång i tillfrisknandet? Respondenterna anger olika orsaker till framgång.

### **Människokännedom – en förutsättning för lyckad relation**

Det finns både positiva och negativa uppfattningar om hur relationen mellan klient och behandlare fungerar. I följande citat beskrivs ett lyckat möte.

*Handläggaren, han har varit storslagen, det har gått väldigt smidigt. Jag fick information ena dagen, gick hem och tänkte och ringde... sen åkte vi och tittade på stället tillsammans en vecka senare.* (Jocke)

En annan informant beskriver bemötandet från en handläggare innan behandlingsplacering enligt följande.

*Jag menar, när man är så här nere, då behöver man inte få slängt i ansiktet; du kommer väl aldrig att bli människa... Det är fel att det finns dem som inte passar på sina platser... då är man ungefär den sämsta människa som går i ett par skor. Det är den känslan man får.* (Titti)

Int.: Så det räcker inte enbart med utbildning.

Inf.: *Framför allt behövs en oerhörd människokännedom.* (Titti)

### ***”Det var hennes raket och att hon var tuff...”***

Olika behandlares sätt att arbeta jämfördes. En respondent framhåller att en behandlares inställning var att konsumtionen måste vara på rätt nivå. Detta gjorde att han började ”smyga” med alkohol och det blev mer och mer. En annan ställde däremot obehagliga frågor om alkoholmissbruk.

*Det funkade så bra med personkemin. Hon [behandlaren] hade skinn på näsan och hon var inte alls blyg att ställa obehagliga frågor. Så här kan vi inte ha det sade hon, sen en massa diskussioner. Jag hade lättat på samvetet och svarat på alla hennes frågor. Helt öppet, jag hade inte dolt något. Hon gick också tillbaka till barndomen och hela vägen och föreslog: tre månader sätter vi som gräns, så dricker du ingenting. Ok, jag ska visa att jag kan det här.* (Paul)

Int.: Vad var det som var hjälpsamt?

Inf.: *Det var hennes raket och att hon var tuff på något sätt, hon kallade mig en skolpojke, jag som är pensionär sen en massa år. Sen sade hon... men att hålla ner spriten, när du verkligen är en alkoholist, det går inte. Det är mycket lättare om du håller nollan. Det håller jag med om, definitivt.* (Paul)

De som deltagit i öppenvårdsbehandling med återfallsprevention beskriver den som lyckad. Samma respondent som vid intervjutillfället varit alkoholfri i 14 månader berättar om behandlingen inom öppenvård.

*Det visade sig att det blev otroligt öppna samtal. Det var ingen som skämdes över vilka dumheter man hade gjort och det tyckte jag var så tjusigt... Vilken underbar förändring för mig, inget smussel längre. Jag dricker inte ens lättöl. (Paul)*

## **Bemötande**

En viktig framgångsfaktor enligt intervjuerna har varit hur man blivit bemött. Flertalet respondenter uppger att de blivit bra bemötta av de handläggare och behandlare de kommit i kontakt med.

*Det allra viktigaste för mig, det är ju bemötandet. Det är fantastiskt vänligt, mänskligt bemötande, inget fördömande. Jag tycker att jag har fått tillbaka en del av människovärdet, mycket sedan jag har börjat här... Jag får ju skylla på den fina takten här, stödet, hjälpen och att de tror på mig. Det är också viktigt med allt arbete de lägger ner på oss, att visa att man kan, att de inte arbetar förgäves. Ibland kan jag sakna att någon slår näven i bordet och säger: nu jäklar, skärper du dig. Jag skulle tycka om det fast det har inte behövts. (Maja)*

Int.: Du har haft styrkan själv.

Inf.: *Den har jag fått härifrån. Sen har jag också haft kontakt med doktorn här, en fantastisk kvinna... det är skönt att man får den här omtanken. Eftersom jag känner mig väldigt ensam och utsatt många gånger, så känns det skönt med den här öppna famnen som finns här. (Maja)*

Det goda bemötandet beskrivs i termer av att känna sig förstörd och att personalen tror på förändring. Respondenterna betonar vikten av att socialarbetaren kan förmedla hopp och att man blir trodd och att man också själv är kapabel till förändring.

*Jag har haft en på socialtjänsten som alltid har trott på mig. De flesta har tyckt att jag varit ett hopplöst fall... jag har haft en person som trodde på mig att det skulle fixas förr eller senare. Jag har pratat med honom och jag har visat för honom och han vet att det funkar. Sen har jag haft en tjej... De har hjälpt mig. De har lyssnat på mig. (Kalle)*

Enligt utsagorna är det viktigt att förändring får ske i sin egen takt.

*Jag fick en bra handledare på arbetsförmedlingen... Jag arbetsprövade och praktiserade. Jag behövde inte skynda på, det är det som är risken, när man kliver ut ur missbruk. Man vill ha så bråttom, allting ska hända helst i går.*

*Man ska ha bostad, man ska ha jobb... Ta det lugnt, gör det du ska göra.*  
(Kalle)

Ytterligare andra poängterar vikten av att skynda långsamt i förändringsarbete.

*Jag har många i gemenskapen som har skyndat, börjat jobba och slita och greja. Det har blivit pannkaka. Nu har man gått det här, gjort de här stegen. Om man nu tar ett återfall, då är det riktigt djävligt att starta om igen, så att jag är försiktig.* (Timo)

### **Tillhörighet, gemenskap och sammanhang**

Konsekvenserna av att sluta missbruka och börja ett drogfritt liv handlar om de sammanhang i vilka en människa ingår och känner sig tillhöra. Tillhörigheten till självhjälpsgrupperna anses nödvändig i många fall och att man försonats med andra människor.

*Känner jag att någonting är jobbigt då måste jag gå på ett möte och höra någon annan som har gått före mig hur han gjorde... Går på mina möten minst två gånger i veckan. Det är det enda som jag känner har hjälpt mig. Och är det något som är riktigt jobbigt då måste jag ringa till någon vän eller min sponsor eller dela med någon, be om hjälp helt enkelt... sen har jag det här, att be om ursäkt, be om förlåtelse, om jag skadat någon, då måste jag ta den konsekvensen.* (Kalle)

Deltagandet i AA- och NA-möten beskrivs som verksamt och som framgång i tillfrisknandet genom den gemenskap och kontinuerliga stöd i drogfrihet som erbjuds där. Deltagandet i dessa möten innebär att man ingår i en ny gemenskap som man tidigare inte tillhört samt att ha fått vänner där.

*AA-programmet har varit jätteviktigt... Jag har gjort stegen ordentligt, jag har haft sponsor, jag har läst stora boken hur många gånger som helst... en massa annan litteratur också. Det är jätteviktigt, att sätta sig in i det... Jag har fått tillbaka mina vänner efter behandlingen, jag har väldigt många vänner... Jag går på AA varje dag, jag umgås mycket med vänner.* (Lasse)

Umgänget med andra människor och gruppdiskussioner under behandlingen framhålls som framgångsfaktorer och känslan av att uppnå normalitet.

*Det som betytt mest är att jag tvingats börja umgås med andra människor, för jag målade in mig i ett hörn, den onda cirkeln som det blev, jag blev nästan folkskygg och inte umgicks med någon. Det var under behandlingen, där man är tvungen att tala i grupp, det var fruktansvärt i början, jag hade inget val, till slut så sakta men säkert lyckades jag komma upp. Till slut kunde jag umgås normalt med folk.* (Lasse)

Vikten av att släkten och omgivningen har förståelse för de problem man ställs inför samt ett nätverk av kontakter betonas.

*Nödvändigt, nu har de haft insikt så länge, de närmaste släktingarna vet om det. (Emil)*

*Jag har fått stöd av vänner, stöd från mina föräldrar. De har ställt upp, det har underlättat. Man måste ha det här kontaktnätet. (Kalle)*

Anhörigprogram som partner/maka/vuxna barn har deltagit i och där det skett förändringar hos anhöriga uppges ha haft stor betydelse för några personers tillfrisknande.

*Familjestöd, ordentliga samtal i tre veckor, medberoendeterapi, det tycker jag är väldigt bra. Hon [frun] ställer andra krav på mig och andra krav på sig själv. Det är enbart positivt, inte minst för hennes skull. Jag tror att det är också en hjälp för mig. (Emil)*

Man betonar att samtidigt som man lämnar sina missbrukande vänner är det viktigt att komma till en ny miljö för att kunna skapa ett nyktert liv.

*Det är en fördel när man kommer till ett nytt ställe, att man har ingen story där. Då är det lite lättare men det blir också ensamt... söka nya kontakter så att man inte blir ensam, för ensamheten är en av våra största fiender. (Kalle)*

### **Återaccepterande i samhället**

Omgivningens positiva reaktioner på individens drogfrihet samt andra människors accepterande beskrivs som viktiga framgångsfaktorer.

*Att man blir återaccepterad i samhället. Förut tyckte man att folk liksom ryggar till, det var inte den här vänskapliga tonen... nu ser de en som vilken människa som helst. Jag tycker att folk, gemene man, de ser mig på ett helt annat sätt än tre år tillbaka. Nu är de trevliga, öppna och allting är mycket, mycket lättare. I och med att man inte behöver ha den här taggen i sig, fan luktar jag öl... Sen det här med helheten, det är den som är den absolut viktigaste". (Janne)*

### **"Jag vet precis vem jag är, vad jag gör"**

Samtidigt med omgivningens acceptans är det enligt utsagorna viktigt att man accepterar sig själv och vet vem man är och på samma gång accepterar de villkor man lever under.

*Jag vet precis vem jag är, vad jag gör, vad jag gjort för fel och mina brister och mina tillgångar, det vet jag i dag... Jag måste acceptera mig som den jag är, annars lär jag inte känna mig själv. Och acceptera som det är, om det är yttre saker eller om det är jobb, eller om någon säger något till mig... jag måste ta min del. När jag börjat lära mig det här så funkar det. Mycket kommer ju automatiskt. Acceptans och att kunna ta kritik. Jag får sidovinster*

*i dag som är helt otroliga som jag aldrig hade räknat med. Sen tacksamheten att jag får leva i dag. (Kalle)*

Av utsagorna framgår att en del respondenter nu är med i nuet på ett annat sätt än tidigare. En av dem berättar att hon vill leva de år hon har kvar, vara sig själv, vara närvarande och stå för det hon har varit med om.

Int.: Finns det något i det här med acceptans?

Inf.: *Det har jag verkligen gjort. Jag skäms inte, att andra människor i släkten vet vad jag har gjort... Det här med att gömma sig och vara orolig som jag var förut att man tyckte alla tittar på en. Det är helt borta. (Titti)*

### **Att se det positiva i förändringen**

I detta tema lyfter respondenterna fram att förändring handlar om ett nytt, självständigt liv och om de vinster man får av nykterhet.

*Man får ett helt annat liv... Jag tycker att jag mår så bra och jag behöver inte det där [alkohol]. Och sen är det så skönt att alltid kunna köra bil. (Maggan)*

Denna respondent medger att förändring handlar om att känna sig behövd, att tjäna egna pengar, att ha ett jobb och att belöna sig själv för uppnådd drogfrihet.

*Jag brukar lägga undan, jag räknar efter. Om man köper ett par flaskor till helgen två, tre, det blir kanske 600-700 kronor i månaden. Läger jag undan och går och köper något som jag har kvar beständigt. Titta här, för vinpengarna har jag köpt det här, i stället för att hälla i sig något som man blir trött i huvudet av.*

De synpunkter som tas upp i intervjuerna är att förändring innebär inte enbart frånvaro av besvär och sjukdom utan ett tillstånd av välmående.

*För mig har det varit känslan av att det är så fantastiskt att gå och lägga sig nykter, vakna på morgonen och vara fräsch, inte ha någon ångest för att jag druckit, inga minnesluckor. (Maja)*

En ytterligare faktor som betonas är den egna viljan i förändring.

*Det är viljan, att ha stark vilja... man har upptäckt, hur djävla skönt det är att vakna utan att känna det här med baksmällan. (Janne)*

Den förändring som skett sedan man deltagit i behandling beskrivs handla både om självkännedom och att finna lugnet inom sig.

*Jag har lärt känna mig själv en hel del under tiden... Det finns mer plats för andra saker än bara alkohol i huvudet. Det har ändrats, man har inte lika bråttom. Förut var det djävla stress. Det var bara att gå från bakfylla till fylla. Förändringen är här och nu. (Jocke)*

En del respondenter resonerar att samtidigt med beslutet om att inte dricka alkohol handlar förändring om att fylla vardagen med rutiner, sysselsättning och familjeliv.

*Jag är en arbetsam människa. Därför går jag ut och promenerar, jag kan inte bara titta på TV och läsa hela tiden, jag måste ut i friska luften. Det är först och främst sysselsättningen, som jag flaggar för och få komma tillbaks till det här snickeriet och fotografering och gå där och nykterhet, nolltolerans... Sen har jag framför allt min familj, mina barn.” (Rune)*

Att ha nya mål i livet anses som viktiga.

*Läsa filosofi, astronomi, träffa en del andra människor, fotokurs, att bearbeta bilder med hjälp av program på datorn. Jag tycker att det är kul att fotografera med digitalkamera. Jag har bra datorutrustning, datorprogram, att gå på föreläsningar, körsång, så får man kontakter, sociala kontakter. (Emil)*

### ***”jag har drömt om att...”***

I utsagorna lyfter respondenterna fram de mål i livet som de uppnått eller de målsättningar som de har framför sig.

*De här målen som jag uppnått, jag har drömt om att bli pappa, att få en dotter, körkort har jag alltid önskat mig, köpa ett hus eller en lägenhet. Det har jag också nått, det har varit mina mål men först och främst att vara drogfri. Annars skulle jag inte kunna ha alltihopa... kanske bygga någonting... kanske skriva en bok. (Kalle)*

Drömmar inför framtiden kan för en del handla om att bilda familj och ha ett arbete.

*Jag saknar verkligen en familj. Jag saknar att ha ett jobb. Jag saknar ekonomi, jag sitter med stora skulder. Jag lever på existensminimum... inombords mår jag bra. Det gör jag. Jag känner att om något år kommer jag att ligga på en tia. Jag har målsättningar att kliva in i livet. Jag mår jättebra. (Lasse)*

Byte av yrke ingår för några respondenter i drömmarna.

*På något sätt måste jag hitta tillbaka, det vill jag. Jag kanske ska plugga, jag tänker i alla fall inte vara sjukskriven i evigheter... Nu mår jag hur bra som helst. Det funkar på alla plan. Jag skulle vilja läsa till alkohol- och*

*drogterapeut. Jag känner så många, går på AA och NA, jag har gått på flera hundra möten i år, sedan har jag läst mycket litteratur om missbruk. Jag är intresserad av ämnet.* (Lasse)

Drogfrihet kan innebära något konkret som att åstadkomma mer i livet än tidigare. Förut kunde man skjuta upp renovering och städning men som man som nykter inte gör det längre.

*När man höll på och söp, tänkte; nu ska jag fixa det, jag gör det i morgon. Det blir inte ett skit. Nu mår jag mycket bättre... Man får gjort det som man har planerat i alla herrans år. Man tar för sig mera. Då man söp sket man i allt. Man orkade inte ens städa, fast det tog en kvart.* (Micke)

### **”Det är väl en liten saga egentligen”**

En av respondenterna som har diagnosen samsjuklighet har genomgått ett antal minnesutredningar. Han berättar om sitt tillfrisknande samt hur han lyckats bli drogfri. Först kom han till läkarvård, sedan till öppenvårdsbehandling och fick ett arbete via kommunen. Han har varit drogfri i fyra till fem år. På frågan om vad som var framgångsrikt sade han:

*Det är svårt att säga på rak arm. De hade ju medicinering. De hade sjuksköterskor... de hade de här aktiviteterna, annars var det väl inte så mycket. Jag känner mig lite virrig, tankarna kommer och går. Jag har det mesta klart här inne någonstans. Det gäller att få fram det just i rätt läge... Det är väl en liten saga egentligen. Det gick fort på slutet. Det är väldigt svårt att förklara men det var en riktig solskenshistoria.* (Janne)

### **Välbefinnande och framtidens betydelse för nuet**

Respondenterna fick skatta sitt välbefinnande på en skala från ett till tio. De flesta anser att de mår bra i dag.

*Det finns inte ett fel i min kropp, i lever eller någonstans och därav kan jag nog tacka det här att jag var ren emellan varven.* (Timo)

*Idag mår jag bra, sover som en stock.* (Emil)

*Det är tio, jag är en privilegierad pensionär.* (Paul)

Flera beskriver att de har en positiv syn på framtiden, de tror på framtiden.

*Ljust och fint, alkoholfri, min framtid är min man, mina barn, vår familj.* (Julita)



Det som anses betydelsefullt i välbefinnandet är att fylla vardagen med innehåll.

*Jag tycker att jag mår bra... När jag får vara med ungarna [barnbarnen] och hämta 6-åringen från dagis som skriker: mormor och kommer och kastar sig i famnen. Då är det 10+. Då känner jag att jag behövs... förut gick all energi till att vårda... [man] och jobba. (Maja)*

### ***”mitt liv går inte i repris”***

I flera intervjuer rapporteras att man uppnått det mesta i livet samtidigt som det gäller att ta vara på det som livet har att ge:

*Jag har bra jobb, bra betalt, bra självkänsla. Jag vet vad jag kan... jag vill utvecklas... men mitt liv går inte i repris... man måste ta sitt ansvar. Det är en gåva, ett liv att leva, ta hand om det. (Kalle)*

Vikten av att ta vara på det man fortfarande har lyser igenom även av följande citat.

*Jag ser positivt på framtiden, jag har fortfarande familjen och jag har en chans till med familjen och de år jag har kvar ska jag försöka ta den chansen och det ser jag framemot och fortsätta syssla med det jag kan. (Emil)*

### ***”Det viktiga är att leva just nu”***

En av respondenterna uttrycker försiktig optimism utan några större föreställningar om förändringar inför framtiden. I stället betonar han en tillvaro som innebär att vara närvarande.

*Om jag ska vara ärlig, vill jag inte planera någonting för framtiden... jag vill nog ha lite distans framåt. Det känns så i alla fall... Det viktiga är att leva just nu. I och med att allting är så lugnt och skönt runtomkring, man vill inte störa den idyllen, utan det är den som är viktig. Jag tar livet mer allvarligt skulle jag kunna tänka, förut var det bara lek. (Janne)*

Enligt utsagorna framkommer det en del synpunkter som ger uttryck för att ha kommit till insikt om livets skörhet och föränderlighet där man påminns om vikten av att ta vara på det man har och leva i nuet.

*Jag försöker ta en dag i sänder, vill inte planera långt fram. Det är någonting jag lärt mig under mannens sjukdomstid. Jag såg ju hur snabbt det gick att vända livet upp och ner. (Maja)*

Ett par respondenter beskriver att de mår mindre bra och att framtiden för dem består av många hinder. De beskriver sin nuvarande situation som problematisk på grund av att de saknar kontakt med sina barn, de saknar ett

arbete eller har obalans i sin ekonomi. Det mest jobbiga berättar en informant är att dottern är fosterhemsplacerad. Hon säger:

*Vi hinner aldrig börja prata eller göra något när man sitter instängd i ett rum. Det finns inget naturligt umgänge. En och en halv timme så hinner man inte så mycket. (Mia)*

En annan informant som uttrycker att han saknar framtidstro säger:

*Jag skilde mig 2001. Jag har inte haft kontakt med dem [barnen] sen dess. De vill det... Det är djävligt känsligt och jag vet inte vem jag ska kontakta, har inte en aning. (Pelle)*

Denna informant hade varit i kontakt med en hjälporganisation där han fick kläder. Hans inställning var dock att det fanns andra som var i sämre situation än han, så att han gav bort dem till någon som han ansåg bättre behövde dem.

### ***Sammanfattning***

Materialet visar vilken betydelse relationen har mellan behandlare/myndighetsperson och brukare och hur bemötandet kan förstärka självbilden antingen i positiv eller i negativ inriktning. Av intervjuerna framgår att det är viktigt att ställa öppna, även besvärliga frågor, med mycket fokus på klienten för att behandling ska leda till förändring.

Enligt utsagorna är bemötande; att förmedla hopp, att kunna vara inlyssnande, bekräftande samt att tro på att förändring är möjlig viktiga framgångsfaktorer. Andra betydelsefulla faktorer är tron på personens egen förmåga till förändring samt att förändring får ta tid. Enligt utsagorna ser man tydligt betydelsen av att ingå i en ny drogfri gemenskap: självhjälpsgrupper, familjenätverk samt deltagande i AA- och NA-möten har en viktig funktion för många. Förutom allt detta visar materialet att det kanske viktigaste ändå är att ta tag i problemen och göra något åt sitt beroende. Om man inte hittar en ny, drogfri gemenskap kan ensamhet bli ett hinder för ett fortsatt drogfritt liv. Eget och andras acceptans är väsentliga framgångsfaktorer för nykterhet samt att kunna acceptera sina levnadsvillkor. När de positiva sidorna av förändring blir tydliga för personerna själva så förstärker det tillfrisknandet. De personer som mådde bra i nuet kunde se framtiden som full av möjligheter. De som däremot inte mådde bra uppehöll sig vid nuvarande och framtida hinder.

### 13 Sammanfattande synpunkter

Denna studie omfattar femton personer i åldersgruppen 36 till 68 år som haft kontakt med socialtjänsten på grund av sitt missbruk/skadligt bruk eller beroende i kommuner inom nordost i Stockholms län. Av dessa hade:

sju deltagit i 12-stegsbehandling på behandlingshem (de flesta i 2-3 behandlingar)

fem deltagit i återfallsprevention inom öppenvård

två deltagit både i 12-stegsbehandling och återfallsprevention på behandlingshem och

en kunde inte definiera inriktning utan uppgav att ”de hade överhuvudtaget ingen inriktning” i omvårdnadshemmet.

Syftet med studien var att med utgångspunkt från deltagarnas synpunkter, attityder, erfarenheter och handlingsmönster dra slutsatser om nyttan och effektiviteten av olika insatser. Trots individuella variationer i materialet kan vissa mönster urskiljas.

De frågor som ställdes är:

- *Hur beskriver personerna sin sociala situation?*

16 personer ingick i studien, fem kvinnor och elva män men en deltagare befann sig i aktivt missbruk och uteslöts därför ur materialet. En fjärdedel hade utländsk bakgrund. Alla samhällsgrupper finns representerade i materialet. Samtliga hade haft alkohol som ingångsdrog. Två personer var hemlösa, de hade ingen fast bostad, åtta var ensamstående, sju bodde med sin familj, sambo eller make/maka. Inga större könsskillnader framkom. Med ökad ålder är det vanligare med alkohol som dominerande drog medan narkotika inte är så vanligt. Detta visas även i Armelius & Armelius (2009a).

Fem hade debuterat i alkoholmissbruk tidigt, vid 12-15-års ålder, fyra i åldersgruppen unga vuxna vid 18-23 års ålder och sex i vuxen ålder. Missbruksperioden hade varat mellan 10 och 40 år. Sex av dem som initierat sitt missbruk i vuxen ålder berättade om arbetsrelaterade faktorer, tre personer hade varit med om en svår livssituation som en anhörigs sjukdom, suicid eller försvinnande. Två hade varit aktiva i en idrottsrörelse och hade där kommit i kontakt med alkohol. Två andra ansåg att deras missbruk handlade om en livsstil, en av dessa hade blivit mobbad i skolan. Tre hade fått diagnosen samsjuklighet. Drogfrihetsperioden hade varat mellan fyra till tio år för tre personer, ett till tre år för fem personer och två till sex månader för sex personer. En av de intervjuade hade varit drogfri i 14 dagar.

- *Om det skett förändring vad är det i så fall som har skapat förändringen?*

Förändring är en långsiktig process som för de flesta har tagit flera år och för några inneburit genomgång av flera behandlingar. Det som poängteras är vikten av att ha en bärande, kontinuerlig relation med någon man litar på. Det ansågs viktigt att socialarbetaren/behandlaren ställer öppna, även besvärliga frågor med mycket fokus på klienten för att behandling ska leda till förändring.

- *Vad är framgångsrikt för att bli drogfri?*

Materialet pekar på att det är viktigt att vara öppen och diskutera svåra livsproblem, även i familjen. Uthållighet, timing, egen och andras acceptans anses viktiga men också organisationen har betydelse. I flera kommuner är socialtjänsten och beroendevården samlokaliserade, vilket underlättar samarbetet kring klienterna. Integrerad behandling i öppenvård av missbruk/psykisk sjukdom visar resultat som är bättre än traditionell behandling för missbruk eller psykisk sjukdom. En ny lag understryker vikten av att arbeta integrerat (SFS 2009:981 och SFS 2009:979).

I referensgruppen ställdes följande frågor.

- *Varför börjar folk missbruka alkohol och andra droger?*
- *Vem lägger personen ansvaret på?*

En del respondenter tillskriver sig själva skulden för sina problem och sitt missbruk. Missbruk ser ut att handla om både alkoholens dragningskraft och den egna läggningen. Skam och skuld är centrala begrepp i materialet.

I ett fall där en intervjupersons man försvunnit i en olycka och inte återfunnits, kan man misstänka att det handlade om posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Ett kriterium för diagnosen PTSD är att personen har utsatts för en traumatisk händelse där följande ingått i bilden:

”(1) personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller en serie händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om detta), eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet  
(2) personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck”.  
(American Psychiatric Association 1999, s.160)

Andra frågor som ställdes i referensgruppen var:

- *Hur blir personer med missbruk/beroende drogfria?*
- *Vilken roll har behandling i tillfrisknandet?*

Sammanfattningsvis kan man säga att missbruk/beroende enligt intervjumaterialet i denna studie handlar om:

- Ett sätt att hantera känslor
- Ett sätt att hantera arbetsrelaterade problem
- Ett sätt att lösa livsproblem

- En fråga om livsstil i några fall
- Ett långsamt förlopp

Synpunkter som kom fram i intervjuerna är att kommuner och landsting borde satsa mera på återfallsprevention inom öppenvård. Det hade haft stort värde att få chansen *”innan de mer eller mindre ger upp och fortsätter slentrianmässigt med sitt liv och mår dåligt”*. (Maggan)

De teoretiska avsnitten i början av rapporten har utgjort en ram och har använts för arbetet i de arbetande seminarierna som regelbundet hållits inom FoU med representation från varje kommuns socialtjänst.

### **Analys och kommentarer**

Problem inom missbruk/skadligt bruk och beroende kan ses ur ett biopsykosocialt perspektiv med sociala, psykologiska, genetiska med flera faktorer (Fahlke 2008). Som förklaringsmodell har ett biopsykosocialt synsätt använts i denna studie. Christophs, Blomqvist & Abrahamson (2009) konstaterar att en evidensbaserad svensk missbruksvård måste baseras på vetenskaplig kunskap om effekterna av olika behandlingsmetoder, praktiker och beprövade kliniska erfarenheter och klientens/patientens egen uppfattning om vad som behöver göras. Ingen behandlingsmetod som är avsedd att ha effekt är dock mer effektiv än någon annan. Denna slutsats dras i empirisk forskning (Wampold 2001). Som Bergmark (2010) framhåller kan förklaringen till denna frånvaro av skillnader mellan olika interventioner ha flera orsaker där en är den bristande precisionen i de modeller som underbygger olika behandlingsinterventioner. Det som han också poängterar är att variationen mellan olika behandlingar är viktigare för utfallet än variationen av behandlingsmetoder/tekniker. Detta verkar också gälla för denna studie.

Vid sidan av information kring individen som ett objekt för intervention understyrker Bergmark (2010) att vi behöver förståelse för individens egen medverkan i behandlingen och förståelse för individen som behandlingens subjekt. Liknande uttalanden finns i denna intervjustudie där respondenterna betonar vikten av sin egen delaktighet i behandlingen.

Det centrala i psykosocialt behandlingsarbete är som Bergmark (2010) konstaterar relationen mellan behandlare och klient och valet av vilken typ av behandling som väljs har betydelse för kvaliteten hos denna relation. I valet av behandling är det av vikt att en praktiker väljer en behandlingsmetod som passar *”såväl den egna som klientens personlighet”*. (Bergmark 2010, s. 27). I denna studie återfinns liknande uttalanden om den goda relationens betydelse och kontinuitet som viktigare för utfallet än den metod man använder, att den som är behandlare tror på klienten och på

förändring och väcker hopp hos klienten och att klienten själv tror på att förändring är möjlig.

Tidigare studier (Blomqvist 2002; Koski-Jännes 2004) rapporterar att orsaker till missbruk kan ha att göra med en barndom präglad av utanförskap där drogbruk blir ett sätt att finna social tillhörighet. Detta verkar även gälla för denna studie där syftet med användningen av alkohol för en del respondenter har varit att öka självförtroendet och välbefinnandet till exempel när man blivit mobbad.

I tidigare studier (Blomqvist 2002; Koski-Jännes 2004) talar man om existentiell kris där missbruket beskrivs som ett resultat av drogens dragningskraft eller den egna läggningen. I denna studie finns liknande uttalanden om orsaker till missbruk och beroende som i några fall haft att göra med obearbetade känslor, som ett sätt att våga visa eller döva känslor, att olösta livskriser och problem kan ligga bakom missbruk; en anhörigs sjukdom, separationer, död etcetera. Man har fortsatt att missbruka i stället för att ta tag i problemen och bearbeta dem.

Rationalitet och viljestyrka tas upp av Blomqvist (2002) och Koski-Jännes (2004) där drogbruket beskrivs som ett fritt val. Detta verkar gälla även för denna studie där ett par respondenter bekräftar att missbruk inte varit ett sätt att lösa problem utan har mer hört ihop med deras livsstil.

Enligt Project MATCH har matchningshypoteser inte kunnat verifieras, man saknar stöd att vissa typer av interventioner skulle vara effektiva för vissa typer av problem eller individer (Bergmark 2009). Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer (Socialstyrelsen 2007) finns ingen evidens med dokumenterad effekt på vilken vård, öppenvård eller slutenvård, som är den mest framgångsrika. Däremot finns det evidens för både 12-stegsbehandling och kognitiv behandling när det gäller alkoholmissbruk (ibid.).

## **Diskussion och sammanfattning**

I intervjumaterialet framkommer att missbruk av alkohol och narkotika kan ha kommit smygande och/eller har utvecklats successivt under flera års tid. Studien visar att flertalet respondenter har svårt att se skillnad mellan missbruk och beroende. En del har kunnat peka ut en särskild händelse som de tror är orsak till utvecklandet av missbruk och så småningom av beroende, medan andra beskriver en kedja av händelser. Även när missbruket utvecklats successivt finns det dock ögonblicksbilder där respondenterna kan identifiera en övergång från missbruk till beroende. Detta kan i sin tur leda till insikten om att man har problem.

Den konklusion som kan dras av denna studie är att förändring ska få ta tid och att det har betydelse att såväl behandlingspersonalen som individen själv tror på förändring. Betydelsen av såväl övertygelsen om att förändring är möjlig som att socialarbetaren inger hopp, spelar lyssnande och bekräftande en stor roll. I bemötandet är det angeläget att inte skuldbelägga individen utan i stället ge möjlighet att bli avlyft från skam- och skuld känslor.

Missbruk av alkohol har i några fall utvecklats i arbete där alkohol har haft hög tillgänglighet och ingått i representationsuppgifter. I behandling är det viktigt att vara observant på återfall, ”att tänka efter före” och att hitta sätt att gå vidare och även hitta strategier efter återfall. Anhörigprogram där det skett förändringar hos partner/make/maka/barn uppges ha haft stor betydelse för tillfrisknandet. Det framkommer tydliga skillnader mellan vistelse på behandlingsinstitution och omvårdnadshem där den förra erbjuder behandling men inte den senare.

Materialet visar att det inte finns några allmängiltiga vändpunkter. En del beskriver vikten av att nå botten, andra att det varierar, beroende på individ. Betydelsen av att ingå i en ny drogfri gemenskap: självhjälpsgrupper, familjenätverk samt deltagande i AA- och NA-möten tas upp av flera. Om man inte hittar en ny, drogfri gemenskap kan ensamhet bli ett hinder för ett fortsatt drogfritt liv.

Olika förklaringar till drogfrihet och olika vägar att uppnå det anges. De mönster man ser är att hitta skilda sätt att kompensera missbruket, ofta med något som upplevs som meningsfullt; att hitta lugnet i naturen, AA-möten eller en högre makt. I sättet att få struktur på tillvaron beskrivs vikten av att få stöd i omgivningen, av familj, vänner och nätverk. Andra menar att det handlar om ett fattat beslut, en viljestyrka och en insikt om att livet inte är oändligt.

Nästa steg bort från alkohol och droger beskrivs som att hitta en ny plattform, att lämna sin ”missbruksidentitet” bakom sig och att börja prata om balans och om ”livet nu och då”. Ett flertal deltagare poängterar vikten av att lämna alkoholen och drogerna som ”ett-antingen-eller-beslut” där de hämtar styrkan av att aldrig mer använda alkohol och andra droger.

Eftersom gruppen är så heterogen bör man i behandling ta hänsyn till varje människas individuella behov. Däremot bekräftar studien Project MATCH:s resultat att det saknas stöd för nyttan av matchning. Relationen med behandlaren oavsett val av metod är viktigare för förändring.

*Samtalets och relationens betydelse* mellan behandlare/myndighetsperson och brukare kan inte nog poängteras där bemötandet kan förstärka självbilden antingen i positiv eller i negativ inriktning. Det underlättar

förändring om öppna, även besvärliga frågor med fokus på klienten ställs, att man pratar om det som är svårt och lyssnar på människors berättelser på ett icke-dömande sätt.

*Mål för framtiden.* Viktiga mål är att individen själv har drömmar och tror på att förändring är möjlig samtidigt som socialarbetaren/behandlaren kan förmedla hopp och vara bekräftande. Eget och andras acceptering är väsentliga framgångsfaktorer för nykterhet samt att kunna acceptera de villkor man lever under. När de positiva sidorna av förändring blir tydliga för personerna själva förstärker det tillfrisknandet. De personer som mådde bra i nuet kunde se framtiden som full av möjligheter medan de som inte mådde bra uppehöll sig vid framtida hinder. Där var drogfriheten inte heller bestående.

*Tidsfaktorn.* Långsiktighet och kontinuitet betonas i studien, att förändring tar tid där många faktorer samverkar. Arbete med drogfrihet är inte en ”quick fix” och inte en fråga om att springa i mål och allt är fixat utan all läkning tar tid. De försök man gör att få fram billiga, snabba metoder/behandlingar visar sig ofta vara otillräckliga.

#### *Process - tid - drömmar - hopp*

Sammanfattningsvis kan man konstatera med utgångspunkt från denna studie att problem inom missbruk och beroende kan ses i ljuset av ett biopsykosocialt synsätt med mångfaktoriella problem. Detta synsätt ger också anledning till ett närmare samarbete och en samverkan över professionsgränserna. För att bli drogfri har de flesta respondenterna gått igenom en process som i många fall tagit flera år och inneburit flera behandlingar. Missbruk och beroende har tidigare fyllt ett behov men man har kommit fram till att något annat i livet ger större tillfredsställelse än alkohol och/eller andra droger. De som har haft målsättningar för sitt liv, de som har haft drömmar och de som har haft någon människa som förmedlat hopp verkar ha uppnått drogfrihet.



## **Bilagor**

### **Bilaga 1. Intervjuguide**

Vilken sorts missbruk/beroende har du haft?

Hur länge har det pågått?

Hur kom det sig att du började dricka alkohol/använda droger?

Hur gammal var du när du började med alkohol/droger?

Hur mådde du innan du började missbruka alkohol/använda droger?

Vad ville du uppnå när du började missbruka alkohol/använda droger?

Hur märkte du att alkoholen/drogerna blev ett problem – på vilket sätt?

Har du deltagit i vård eller behandling? Vilken/vilka, kan du beskriva?

I så fall vem tog initiativet till vård eller behandling?

Vad sökte du hjälp för? Var sökte du hjälp?

Var det lätt eller svårt att få hjälp?

Hade du och handläggaren/behandlaren samma uppfattning om problem?

Hur var bemötandet från handläggaren/behandlaren?

Vilka insatser deltog du i?

Har du fått någon hjälp av dessa insatser eller på annat sätt, vilket?

Hur var motivationen att delta i behandlingen?

Hur ser du på behandlingen så här efteråt?

Var det något som var verksamt i behandlingen? Kan du beskriva?

Vilka mål sattes upp?

Har målen uppnåtts, beskriv?

Hur ser du på samarbetet mellan olika instanser (t ex psykiatrin, kriminalvården)?

Vad är din huvudsakliga sysselsättning?

Har du arbete eller annan sysselsättning just nu? Kan du beskriva?

Hur ser din bostadssituation ut?

Hur ser din familjesituation ut?

Om du deltog i vård/behandling har något förändrats för dig sedan dess?

Vad är viktigt för att åstadkomma förändring?

Använder du några speciella strategier för att avstå från alkohol/droger?

Vilka?

Hur mår du i dag, självskattning av måendet på en skala från 1 till 10?

Använder du alkohol/droger i dag?

Har alkohol/droger någon betydelse för dig i dag?

Vad betyder drogfriheten för dig?

Hur ser du på framtiden?

## **Bilaga 2. Fokusgruppintervju i referensgruppen**

I referensgruppen gjordes en fokusgruppintervju även i slutet av studien där gruppen diskuterade följande två frågeställningar:

1. Beskriv utifrån intervjumaterialet i rapporten om det går att se några mönster till hur missbruk och beroende utvecklas
2. Beskriv utifrån intervjumaterialet om det går att se några särskilda framgångsfaktorer för tillfrisknandet

Nedan återges fokusgruppintervjun oreflekterat.

### ***Reflektioner kring hur missbruk och beroende utvecklas***

I fokusgruppen diskuterades följande.

#### *Samsjuklighet, hereditet och genetiska faktorer*

- Om det finns hereditet i familjen, i slakten är det en större risk att börja missbruka alkohol, då har missbruk av alkohol ofta börjat tidigt
- Det är större risk att utveckla missbruk/beroende om man är psykiskt sjuk eller har någon personlighetsstörning
- Det finns genetiska faktorer
- Biopsykosociala förklaringsmodellen finns till missbruk och beroende

#### *Livsstil*

- För en del kan det handla om en livsstil, ett sätt att leva, långt innan de blir beroende
- För andra har ett riskbruk startat i samband med resor i tjänsten
- Det finns några respondenter som varit aktiva i ungdomsförbund, i idrottsförbund och börjat missbruka i det sammanhanget
- Det kan handla om vana att dricka, att dricka till beroende

#### *Arbetsrelaterade faktorer*

- För en del har missbruk/beroende varit jobbrelaterat, att alkohol har ingått i representation
- Alkoholen har varit lättillgänglig

#### *Problemlösning/känslomässiga faktorer - tidsfaktorn*

- Missbruk/beroende används som problemlösning, att lösa känslomässiga konflikter och missbruk har då börjat tidigt
- För andra har missbruk/beroende inte handlat om att lösa känslomässiga konflikter, då har de debuterat senare
- En del har haft sömnsvårigheter, ångest och flyr då till missbruk

#### *Livskriser*

- Missbruk kan ha börjat i samband med olika livskriser, suicid, dödsfall etcetera
- För någon började missbruk i samband med att man förlorade sin bostad
- De som har narkotikamissbruk har debuterat tidigt med alkohol, tidig debut med narkotika fast narkotika kommer i andra hand, alkohol gjorde att spärrarna släppte

- En del har bytt identitet, skaffat sin identitet i missbrukarvärlden
- De som debuterat tidigt har en tydlig missbruksidentitet

I fokusgruppen diskuterades olika missbruksprofiler:

Sammanhang, vana, missbruk har smugit sig på, då anses det mer lättbehandlat

Användning som problemlösning, tidigt ”kuggar i”, första fyllan – anses svårare att behandla

Konstaterades att missbruk kan komma smygande, det är inte självklart att det är ett mönster.

Skillnaderna i materialet är inte så stora mellan män och kvinnor.

### ***Reflektioner kring framgångsfaktorer***

Fokusgruppen återgav följande synpunkter på de olika temana.

#### *Tillhörighet, gemenskap, sammanhang*

- Att få tillhöra ett sammanhang, en gemenskap. Det är viktigt att ingå i ett socialt sammanhang
- Det handlar om att bryta upp från gamla nätverk, att inte bara hitta nytt utan faktiskt kunna klippa av med gammalt också
- Det här med ensamheten, just den sorgen blir så stor, man blir så otroligt ensam och svårigheten att kunna hitta nya nätverk, där är AA-rörelsen fantastisk som kan erbjuda ett alternativ. Om man inte gillar 12-steg, så finns det inget alternativ, då är det mycket svårare

#### *Bemötande*

- Man känner sig förstörd i bemötandet
- I bemötandet är det viktigt att det inte skuldbeläggs, skam- och skuldbeläggs hela tiden
- I fokusgruppen återges följande citat som exempel: *”Det som jag vill uppnå, det är att kunna se min dotter i ögonen, inte skämmas inför henne, att återfå människovärdet.”*
- Att man upptäcker de positiva konsekvenserna av att man är nykter, att det känns bra och man kan titta folk i ögonen, man behöver inte vara på sin vakt, man mår bättre fysiskt
- Skamkänslorna, att få bli avlyft från skamkänslorna

#### *Tidsaspekten*

- Att tillfrisknandet får gå långsamt och att förändringar inte kommer på en gång
- Man kan fortsätta jobba med steg, man kan fortsätta processen under en längre tid
- Det är flera faktorer som påverkar, det är inte en sak som behöver klicka i utan det är flera, att det inte är något ”quick fix”

#### *Personlig mognad*

- Det handlar om personlig mognad, det handlar om att ha brottats färdigt med de existentiella frågorna, vad det egentligen är att leva och landa på fötterna och tro på sig själv
- Någon som sade att man har fått en insikt om att livet inte är oändligt, det har att göra med existentiella frågeställningar, att man kommer på vad det är att leva överhuvudtaget och man reflekterar över det
- Det krävs en viss förmåga till problemlösning om man ska klara av livet
- Man börjar undvika det negativa och kanske hittar det positiva
- Att det startar upp på olika plan för olika personer, det ena är görandet, det andra är tänkandet, det tredje är kännandet

#### *Återaccepterande i samhället*

- Det finns någon som kan beskriva mitt kaos utifrån och förstå vad det handlar om, det kan bli en befrielse och då kommer accepterandet in
- Att man blir förstodd så man kan acceptera sig själv och så småningom känna sig accepterad av andra

#### *Anhöriga*

- Att anhöriga får någon form av stöd, att anhöriga behöver förstå för att kunna handskas på ett annorlunda sätt och att kommunikationen blir annorlunda
- Anhöriga behöver förstå sig själva
- Att frun/partnern ställer andra krav på den som missbrukar och ställer andra krav på sig själv

#### *Realitetsanpassning – ”duga som man är”*

- Man behöver inte vara 100 % perfekt, man kan duga som man är. Många tror att de ska bli 100 % perfekta som nyktra och det är fullständigt orimligt
- Många har fantasier om hur de människor som inte har problem med missbruk är och det är inte riktigt verklighetsförankrat
- Det handlar om att realitetsanpassa både sig själv och omgivningen, hur det normala fungerar, vilka är de normala problem som alla tampas med

#### *Att hitta det meningsfulla i livet*

- Att ha fått ett jobb, att ha fått något att göra, något meningsfullt med sitt liv, alltså att bli efterfrågad, få betyda något för någon
- Att inte bara ha människor utan att få göra någonting, att få känna sig behövd och att man är bra på någonting
- Att ha ett bra jobb och bra betalt och ha bra självkänsla och att veta vad man kan och att man vill utvecklas
- Att få komma in i en servicegrupp, en arbetsgrupp
- Att kunna köra bil
- Inga minnesluckor och ingen ångest

#### *Att ha fått ett samvete*

- Att man har fått ett samvete igen, så att återfallet inte är ett alternativ längre. Då har man inget alternativ, annat än att vara nykter för att spriten inte längre är ett alternativ
- Att man jobbar sig till det nyktra alternativet till 100 %
- De här återfallen, de skänker inte någonting, man kan vara förbannad över det, nu har man inget, baddörren är stängd

#### *Framtidens betydelse för nuet*

- En del har fått det här framtidstänket, att man vågar drömma om saker och ting, att man blickar framåt, att man kanske skriver en bok om tillfrisknandet
- Man har träffat någon som förmedlat hopp

I fokusgruppen framhålls att även om respondenterna pratar om 12-stegsbehandling, så är det ingen som sätter fingret på ”den metod som hjälpte mig”. Det blir tydligt att det inte är så enkelt utan det måste vara många faktorer som ”klickar i, det är mycket som ska synkas”. En av respondenterna säger att det inte är behandlingen som har hjälpt henne. Hon fick möjlighet att reflektera i nykter miljö och fick tid att tänka. Man vet aldrig när motivationen är möjlig men synpunkter som framförs i fokusgruppsintervjun är att timingen är viktig, att vid rätt tillfälle kan saker hända och det spelar egentligen inte så stor roll vilken metod det är. Det som betonas är personkontinuiteten och att tillfrisknandet tar tid. De metoder som finns och som används anses inte så viktiga utan det viktiga är hur man tänker och att man är medveten om att behandling kostar, men det som sker i kommunerna är att det ska gå fort och in med nästa. Då glömmar man att det tar tid, att förändring tar tid, det är så många nivåer som ska sjunka ner, ifrån att sluta till att komma till ett nyktert liv.

Det finns ju en tidsräknare, om man vill bli drogfri så är det ett långt arbete efter det. För en del handlar det om år av nykterhet innan man står säker. Det här att man placerar folk och sen är det annat som tar vid, mer akut, och sen tappar man att följa upp en placering eller tänker att det räcker med den placeringen och så går de ut och klarar sig, men det är ofta inte så, för då stupar det ju ofta på ensamheten när man kommer hem. Det är då det viktiga jobbet börjar när personen kommer tillbaka från behandling. Därför är tanken på ”utsluss” viktig att betona redan vid placeringen.

I fokusgruppintervjun framförs följande åsikter. När man jobbar med behandling, dagliga gruppsamtal, man gör ett program och man öppnar upp ganska mycket i en grupp, man kan ha en trygghet och göra det och det är ganska personligt. När man går ur behandlingen så kan det kännas som en saknad av sammanhang, en saknad av närhet som kanske inte finns i den samhällskultur där man befinner sig och lever i. Klarar man av att ha ett sådant långt perspektiv, som man sitter i som handläggare. Man tänker att den här placeringen är en början på en ganska lång process där man måste

finnas med och skapa en kontinuitet. När någon är placerad 3-6 månader på en institution och man förbereder och är beredd för hur det ska gå när de kommer tillbaka och hur man ska gå vidare, att ha det långsiktiga engagemanget. Problemet är att politikerna inte förstår det, de säger att personerna redan har fått en behandling och man vet att det krävs några varv i förändringshjulet för att man ska komma ut, hel och nykter. Frågan är vad man definierar som behandling. Kontakt efter behandling under ganska lång tid och det kan ha minst lika stor, kanske större effekt än själva behandlingen. Det är inte bara att knäppa med fingrarna och sedan var det klart.

### **Bilaga 3. Öppenvård inom missbruk och beroende i kommuner inom nordost**

Följande uppgifter som gäller hösten 2010 har antingen inhämtats från respektive kommuns hemsida eller har återgivits av personerna i referensgruppen.

#### **Danderyd**

I Danderyds kommun finns en öppenvårdsmottagning för dem som är 18 år och äldre och bor i kommunen. Mottagningen vänder sig till dem som har missbruks- eller beroendeproblem och för anhöriga. Verksamheten sker i samverkan mellan personal från Danderyds kommun och Beroendecentrum Stockholm. På mottagningen arbetar sjuksköterska, läkare, behandlingsassistent, socialsekreterare och case-manager och man erbjuder:

- Information och rådgivning
- Utredning, kartläggning och bedömning av missbruk och beroende
- Provtagning och avgiftning
- Medicinsk behandling
- Öppenvårdsbehandling och heldygnsvård

Behandlingsassistenten kan arbeta både uppsökande och stödjande och vara behjälplig i utredningsförfarande.

Danderyd erbjuder under hösten 2010 en återfallspreventionskurs i grupp på 8 sessioner med möjlighet till två till tre boostersessioner. En anhöriggrupp på fem träffar med möjlighet att fortsätta som självhjälpgrupp med kommunens anhörigkonsulent som kontaktperson. En motivationskurs för unga vuxna i åldern 18-30 år på 14 träffar. Efter årsskiftet är planeringen att erbjuda en spelberoendekurs på åtta träffar hösten 2010

#### **Lidingö stad**

##### **Öppenvård inom socialförvaltningens missbruksenhet**

I Lidingö stad finns inom missbruksenheten ”Kursen” som är integrerad inom ordinarie verksamhet. ”Kursen” är ett öppenvårdsprogram som pågår under sex veckor och vänder sig till vuxna missbrukare. Programmet har funnits sedan 2002 (Sonnsjö Bernengo 2007).

Före ”Kursen” organiseras så kallade *väntangrupper* en eftermiddag i veckan dit man kan komma och informera sig om ”Kursen”.

Efter genomfört öppenvårdsprogram finns *eftervård* en kväll i veckan. Den pågår 6 månader och längst under ett år.

*Anhörigrupper* till missbrukare finns 1-2 gånger per år beroende på antalet intresserade.

## **Norrtälje kommuns öppenvård**

I Norrtälje kommun pågår ett större förändringsarbete inom missbruks- och beroendeområdet. I dagsläget (hösten 2010) består öppenvården av i huvudsak tre enheter: BeroendeRådgivningen, Fabriken och Ventilen.

### *BeroendeRådgivningen*

BeroendeRådgivningen är Norrtäljes mottagning för alla med frågor avseende missbruk eller beroende av alkohol, narkotika och medicinska preparat. På mottagningen arbetar läkare, sjuksköterskor, alkohol- och drogterapeuter, psykologer samt 12-stegsbehandlare. BeroendeRådgivningens huvudman är TioHundra AB, kommunens och landstingets gemensamma vårdbolag. Mottagningens utbud varierar utifrån behovet i samhället och man har ett nära samarbete med socialkontorets myndighetsavdelning för missbruk och beroende. 12-stegsverksamheten drivs med gemensam finansiering socialförvaltningen/TioHundra AB. I dagsläget ser utbudet ut ungefär som nedan.

- Information och rådgivning
- Provtagning och avgiftning
- Viss medicinsk behandling
- 12-stegs primärvårdsbehandling fem veckor i grupp minst fyra gånger per år
- Anhörigprogram
- Återfallsprevention i grupp
- Vuxna barnveckor
- Individuell samtalsbehandling
- Missbruksutredningar/bedömningar

### *Fabriken*

Fabriken är en del i Socialförvaltningens och TioHundras verksamhetsidé GARBO (gemenskap, arbete, rehabilitering och bostad). Fabriken uppdrag är att ge meningsfull sysselsättning för den enskilde som en del av en större vårdplanering. Målsättningen med inskrivning på Fabriken är att insatsen skall leda till ett drogfritt liv med egen bostad och arbete eller studier. 12-stegsverksamhetens primärvårdsprogram genomförs i Fabriken lokaler. Fabriken administrerar också ett antal bostäder i en s.k. ”boendetrappa”. På Fabriken arbetar en verksamhets- och bostadsansvarig, en individuell coach med inriktning mot arbete och/eller studier samt två behandlingsassistenter.

### *Ventilen*



Ventilen består av en sjuksköterska från BeroendeRådgivningen samt en behandlare från socialtjänsten. Ventilen vänder sig till ungdomar för provtagning, rådgivning och enskilda behandlingssamtal. Mottagningen har varit öppen för föräldrar och ungdomar men erhåller även ärenden på remiss från socialtjänsten.

De senaste åren har det varit tydligt att verksamheten varit underbemannad och har därför inte kunnat tillgodose behovet i samhället. En utredningsgrupp har tillsatts från båda huvudmän och beslut har nu fattats att bygga upp en ny mottagning, typ ”MiniMaria” med både medicinsk kompetens och behandlarkompetens. Planeringen är att den skall vara färdigt utbyggd i slutet av 2011 och ha uppemot 10 anställda. Målgruppen kommer att vara unga människor i åldern 13 till 23 år. I ett första steg kommer mottagningen att öppna med två behandlare från socialtjänsten och två sjuksköterskor från TioHundra AB. Beräknad start under hösten 2010.

### **Täby kommun**

Täby kommun erbjuder *grupper i återfallsprevention* för vuxna som utvecklat problem med alkohol, narkotika eller läkemedel. Insatsen är inte biståndsbedömd och man blir inte registrerad i socialregistret. För att den som söker hjälp ska få rätt insats genomförs tre bedömningssamtal i början. Återfallsprevention bygger på KBT (kognitiv beteendeterapi) där tyngdpunkten ligger på att identifiera inre/yttre faktorer som föregår återfall samt att diskutera och pröva alternativa strategier att hantera dessa. Syftet är att få stöd i att upprätthålla nykterhet och drogfrihet. Programmet bedrivs i separata grupper för män och kvinnor och omfattar tio kurstillfällen under sex månader.

*Väntan-på-grupp* erbjuds för att hjälpa personer att upprätthålla motivationen i avvaktan på att programmet återfallsprevention startar. Utifrån behov och önskemål tas upp alkohol- och drogrelaterade teman, med externa föreläsare. Studiebesök ingår på AA och NA. ([www.taby.se](http://www.taby.se)).

### **Öppenvård i Täby kommuns missbruksenhet**

#### **Behandling**

*Kartläggning och beroendelära* (enskild behandling) omfattar ADDIS-intervju, beroendelära samt motiverande samtal inför beslut om nykterhet/drogfrihet. Lämplig förberedelse inför återfallsprevention, 8 sessioner.

*Återfallsprevention*: Manualbaserad behandling (gruppbehandling) kan vara biståndsbedömd eller utan biståndsbeslut, 8+2 sessioner.

*Stöd/kontroll i nykterhet*

*Kontaktpersoner i det socialmedicinska teamet:* Biståndsbeslut för stödinsatser. Insatserna kan vara stödjande, hållande, motiverande och/eller kontrollerande, även helger när så krävs.

*Dagcentralen:* Öppen verksamhet utan biståndsbeslut. Öppet 7 dagar/vecka. Frukost serveras.

*Arbetsträning:* Sysselsättning för personer med missbruksproblem eller övervunna sådana. Syftet är sysselsättning/struktur på dagen eller som förberedelse inför ev. arbetsträning/praktik/arbete.

#### *Kontaktperson*

En person (25 %) arbetar företrädesvis med komplexa problem utifrån missbruket.

### **Vaxholms stad**

Vaxholm har inga öppenvårdsverksamheter internt, utan använder de verksamheter som finns med i ramavtalet. Vaxholms stad har en gemensam beroendemottagning med Danderyds kommun. Verksamheten sker i samverkan mellan personal från socialförvaltningarna och Beroendecentrum Stockholm. På mottagningen arbetar sjuksköterska, läkare, behandlingsassistent, socialsekreterare, case-manager och man erbjuder:

- Information och rådgivning
- Utredning, karläggning och bedömning av missbruk och beroende
- Avgiftning i öppenvård
- Viss medicinsk behandling
- Provtagning och abstinensbehandling

### **Vallentuna**

Addictusmottagningen är Vallentuna kommuns mottagning för alla som har frågor angående missbruk eller beroende av alkohol, narkotika och läkemedel. På mottagningen arbetar sjuksköterskor, kuratorer och läkare och man erbjuder

- Information och rådgivning
- Provtagning och abstinensbehandling
- Medicinsk behandling
- Individuell samtalsbehandling
- Återfallsprevention i grupp
- Enskilda anhörigsamtal
- Anhörigprogram i grupp

Anhörigprogrammet vänder sig till anhöriga och närstående till personer med alkohol-/drog-/tablettmissbruk som fyllt 18 år och äldre. Målet med programmet som är KBT-baserat är att ge ökad kunskap och medvetenhet om beroendeproblem, och hur den påverkar familj och närstående.

Programmet omfattar elva gruppsessioner och innehåller föreläsningar, gruppuppgifter, reflektionstid och hemuppgifter och gäller hösten 2010. ([www.vallentuna.se](http://www.vallentuna.se)).

Addictusmottagningen bedriver också ett morgonfik två dagar i veckan. Det är ett fik för personer med missbruks/beroendeproblem som vill ha en nykter mötesplats.

## **Österåker**

I Österåker finns Beroendemottagning (BÅT-mottagning) för personer som behöver hjälp att hantera missbruk av alkohol, droger eller spel. Det är en öppenvårdsmottagning för vuxna och ungdomar och drivs i samverkan mellan Österåkers kommun och Stockholms läns landsting och erbjuder:

- Information och rådgivning
- Stödjande samtal med fokus på missbruk
- Motiverande samtal
- Cannabisprogram
- Återfallsprevention, både individuellt och i grupp
- 12-stegsbehandling
- Avgiftning i öppenvård
- Anhörigstöd
- Poliklinisk avgiftning och medicinsk behandling
- Bistånd enligt socialtjänstlagen för behandling vid institution.

([www.osteraker.se](http://www.osteraker.se))

## Referenser

- American Psychiatric Association. (1999). *MINI-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Andra utgåvan. Danderyd: Pilgrim press.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Andra utgåvan. Stockholm: Natur och Kultur.
- Armelius, B-Å & Armelius, K. (2009a). *En naturalistisk studie av 14000 svenska missbruksklienter baserad på Addiction Severity Index, ASI*. Rapport till missbruksutredningen (S 2008:04).
- Armelius, B-Å & Armelius, K. (2009b). *Missbruksvård i Malmö och Sverige sett med ASI (Version 2)*. Sammanställt förkonferensen i Malmö den 21 september 2009. Modifierad inför kursen i ASI-hantering oktober 2009.
- Babor, T. & Del Boca, F. (eds.) (2003). *Treatment matching in alcoholism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bauman, Z. (1991). *Modernity and Ambivalence*. Cambridge: Polity Press.
- Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. Studentlitteratur.
- Bergmark, A. (2009). Den evidensbaserade praktikens gränser – om konsekvenserna av “the Dodo bird verdict“. I: K. Billinger & L. Hubner (red.) *Alkohol och droger*. Samhällsvetenskapliga perspektiv. Malmö: Gleerups.
- Bergmark, A. (2010). Den vetenskapliga grunden för psykosocial behandling av missbruk. *Socionomen* 6/2010. ss. 20-27.
- Blom, B. & Morén, S. (2006). *Kunskapens kraft. Om socialt arbete, utvärdering och verksamhetsutveckling på kritisk realistisk grund*. Institutionen för socialt arbete. Forskningsrapport nr 53. Umeå universitet.
- Blomqvist, J. (1999). *Inte bara behandling – vägar ut ur alkoholmissbruket*. Stockholm: Bjuerner och Bruno.
- Blomqvist, J. (2002). *Att sluta med narkotika – med och utan behandling*. 2002:2. Stockholm: Socialtjänstförvaltningen. Forsknings- och utvecklingsenheten.

Blomqvist, J. (2007). *Alkohol- och narkotikaproblem: några aktuella utmaningar för vårdssystemet*. Kunskapsöversikt 4. Stockholms stad: Forsknings- och Utvecklingsenheten.

Blomqvist, J. (2009a). Perspektiv på missbruk och beroende. I: I. Christophs (red.), *Mot en bättre missbrukarvård*. Stockholms universitet: SoRAD – Forskningsrapport nr 57.

Blomqvist, J. (2009b). Konferens *Mot en evidensbaserad missbruksvård? Några aktuella utmaningar*. FoU Nordost 2009-01-27.

Boman, U., Engdahl, B., Gustafsson, N-K., Hradilova Selin, K. & Ramstedt, M. (2006). *Alkoholkonsumtionen i Sverige fram till år 2005*. Forskningsrapport nr. 39. Stockholm: SoRAD.

Centrum för folkhälsa. (2006). *Alkohol- och narkotikautvecklingen i Stockholms län*. Stockholms läns landsting: Centrum för folkhälsa.

Christophs, I., Blomqvist, J. & Abrahamson, M. (2009). Mot en bättre missbrukarvård? Sammanfattning och diskussion. I: I. Christophs (red), *Mot en bättre missbrukarvård? En undersökning om förutsättningar för att evidensbasera missbrukarvården i fyra organisationer*. SoRAD – Forskningsrapport nr 57.

Cisneros Örnberg, J. & Ólafsdóttir, H. (2007): Hur sälja alkohol? Nordiska alkoholmonopol i en tid av förändring. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 24 (4): 371–394

Cooley, C.H. (1922). *Human Nature and The Social Order*. New York: Scribner's.

Dahlgren, L & Starrin, B. (2004). *Emotioner vardagsliv & samhälle – En introduktion till emotionssociologi*. Malmö: Liber AB.

Danermark, B. (2009). *Samverkan – främjande och hindrande faktorer*. Föredrag vid FoU Nordost 2009-03-31).

Danermark, B. & Kullberg, Ch. (1999). *Samverkan - välfärdsstatens nya arbetsform*. Stockholm: Studentlitteratur.

Eriksson, R. (2006). *Ungdomar och missbruk – en kunskapsöversikt. Enhetsschefers, socialsekreterares, behandlares och politikers erfarenheter från sex kommuner*. FoU-rapport 1/2006. FoU Nordost.

- Fahlke, C. (2008). Psykologisk teori om beroende. Göteborgs universitet: Psykologiska institutionen. Sahlgrenska universitetssjukhus: Beroendekliniken.
- Gerdner, A. (2009). Diagnosinstrument för beroende och missbruk. Granskning av ADDIS validitet och interna konsistens gällande alkoholproblem. *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift, Vol. 26. 2009.*
- Goffman, E.(1963). *Stigma*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gyllenhammar, C. (2005). *Kognitiv psykoterapi vid missbruk och beroende*. Andra upplagan. Stockholm: RFMA, Riksförbundet mot alkohol och narkotikamissbruk.
- Heberlein, A. (2005). *Kränkningr och förlåtelse. En etisk studie med hänsyn till föreställningar om offer, förövare, skuld och ansvar*. Stockholm: Thales.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.C. (1999). *The Hearth & Soul och Change. What works in Therapy*. American Psychological Association. Washington DC.
- Hänninen, V. & Koski-Jännes, A. (1999). Narratives of recovery from addictive behaviors. *Addiction Research* 94, 1837-1848.
- Karlsson, Th. (2008). Finlands, Norges och Sveriges alkoholpolitiska linjedragningar sedan ”ödesåret” 2004. *Nordisk alkohol- & Narkotikatidskrift. Vol. 25/2008. 205-222.*
- Koski-Jännes, A. (1998). *Miten riippuvuus voitetaan*. Helsinki: Otava.
- Koski-Jännes, A. (1999). From addiction to self-governance: In: Y. Engeström, R. Miettinen & R. Punamäki (Eds.) *Perspectives on activity theory*. New York: Cambridge University Press, 1999, pp. 435-443.
- Koski-Jännes, A. (2004). Search of a Comprehensive Model of Addiction.I: P. Rosenqvist, J. Blomqvist, A. Koski-Jännes & L. Öjesjö (Eds). *Addiction and life course*. NAD 44.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

- Lambert, M. J. (1992) Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. I Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. (red) *Handbook of psychotherapy integration*, s. 94-129, Basic Books, New York.
- Larsson, G. (2010). *Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården*. Diskussionspromemoria av Missbruksutredningen. Stockholm.
- Lehtinen, U-L. (1998). ”Skuld och skam – distinktioner och likheter”. *Filosofisk tidskrift* 2, 1998.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and Guilt in Neurosis*. New York: International Universities Press.
- Lynd, H.M. (1958). *On Shame and the Search for Identity*. New York: Harcourt, Brace and Company.
- Matscheck, D. (2011). *Att skapa former och arenor. Lokal samverkan inom psykiatri/socialpsykiatri*. Masteruppsats. Stockholms universitet. Institutionen för socialt arbete.
- Nyberg, J. (2008). *Grundutbildning i ADDIS (Alkohol Drog Diagnos Instrument) ICD-10 och DSM-IV*. Åre: 4MKonsult.
- Orford, J. (2008). Asking the right questions in the right way: the need for a shift in research on psychological treatments for addiction. *Addiction*. Vol. 113 (6): 875-885.
- Ortiz, L. (2008). *Förändra ditt liv med KBT och motiverande samtal MI*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Pérez Prieto, H. (2006). Inledning. I H. Pérez Prieto (red.) (2006). *Erfarenhet, berättelse och identitet*. Karlstad: Karlstad University Studies.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. (2002). *Changing for Good. A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*. New York: Harper Collins Publishers.
- Room, R. (2002). (ed.) *The Effects of Nordic Alcohol Policies: What Happens to Drinking when Alcohol Controls Change?* Helsinki: *Nordic Council for Alcohol and Drug Research*, NAD Publication 42.
- Scheff, T.J. (1990). *Microsociology. Discourse, Emotion, and Social Structure*. Chicago: The University of Chicago Press.

Scheff, T.J. (2003). Shame in Self and Society. *Symbolic Interaction*. 26, 2, 239-262.

Seikkula, J. (1996). *Öppna samtal. Från monolog till levande dialog i sociala nätverk*. Stockholm: Mareld.

Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut. (2004). *Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa*.

Socialstyrelsen. (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2009). Missbruk – gammalt problem, nya metoder. Nyhetsbrev från Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete. *Ims.nytt 1-2009*.

Sonnsjö Bernengo, E. (2007). "Jag klarade det inte själv". En utvärdering av den strukturerade öppenvårdsverksamheten på beroendemottagningen i Lidingö. foU-rapport 1/2007. FoU Nordost.

SoRAD. (2006). Jarl, J., Johansson, P., Eriksson, A., Eriksson, M., Gerdtham, U-G., Hemström, Ö, Hradilova Selin, K. & Ramstedt, M. *Till vilket pris? Om alkoholens kostnader och hälsoeffekter i Sverige 2002*. Forskningsrapport nr 37. Stockholms universitet: SoRAD.

Statens offentliga utredningar. (2010). *Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och Beroendevården*. Diskussionspromemoria av Missbruksutredningen. Stockholm.

Stenius, K. (2008). *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift*. Vol. 25.2008-5. NAD.

Tigerstedt, C. & Österberg, E. (2007): Alkoholskadorna är fortfarande finska men har också blivit franska. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 24 (4): 414–418.

Vaux, A. (1988). *Social Support-Theory, Research and Intervention*. New York: Praeger.

West, R. (2006). *Theory of Addiction*. Oxford: Blackwell Publishing.

Wampold, B. (2001). *The Great Psychotherapy Debate – Models, Methods and Findings*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey.



Zimberg, S., Wallace, J. & Blume, S. (1978). *Practical Approaches to Alcoholism Psychotherapy*. New York: Plenum Press.

[www.dsm5.org](http://www.dsm5.org) 2010-01-05

[www.sv.wikipedia](http://www.sv.wikipedia) 2009-08-14

[www.paihdelinkki.fi](http://www.paihdelinkki.fi) 2011-03-02