

Är piller lösningen?

- *En studie om ADHD-medicineringens möjligheter och hinder för personer med både en ADHD-diagnos och ett beroende av alkohol*

Av: Camilla Lindblom, Caroline Paulsson

LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan

Kandidatuppsats SOPA63
VT14



Handledare: Eva Malin Antoniusson

Abstract

Authors: Caroline Paulsson and Camilla Lindblom

Title: Are pills the answer? - A study of the advantages and disadvantages with ADHD-medication for adults with both an ADHD diagnosis and an addiction to alcohol or drugs.

Supervisor: Eva-Malin Antoniusson

Assessor: Johan Cronehed

The aim with this study is to investigate the disadvantages and advantages with ADHD medication for adults with both an ADHD diagnosis and an addiction to alcohol or drugs. In our study we have used qualitative methods through semi structured interviews with professionals from different organizations, including Addiction Centres, Probation, Social Services and treatment centres.

The result showed that there are both advantages and disadvantages with ADHD medication for people who have both an addiction and an ADHD diagnosis. One of the biggest benefits with ADHD medication is that these people can get 'clean' and have a functioning social life. The main disadvantage is that medicine for ADHD is often drug rated, which can lead to an increased risk of an addiction. ADHD medication can also stop for some treatments, because the ADHD medication is not always acceptable during treatment for the person's addiction. We have come to the conclusion that there are no clean treatments that focus on both ADHD and addiction at the same time.

Keyword: ADHD, ADHD medication, addiction, treatments, disadvantages, advantages, collaboration.

Nyckelord: ADHD, ADHD medicin, beroende, behandlingsinsatser, hinder, möjligheter, samarbete.

Caroline Paulsson & Camilla Lindblom
SOPA63
2014-05-26

Förord

Vi vill tacka våra intervjupersoner på Beroendecentrum, Socialförvaltningen, Kriminalvården samt behandlingshem som har ställt upp med sin kunskap och tid till vår kandidatuppsats. Vi vill även tacka för ett gott samarbete med vår handledare Eva-Malin Antoniusson som kommit med goda råd och tips under studiens gång.

- Caroline Paulsson och Camilla Lindblom, 2014-05-26.

Innehållsförteckning

1. Introduktion.....	6
1.1 Problemformulering och inledning	6
1.2 Syfte	8
1.3 Frågeställningar.....	8
2. Begrepp och definition.....	8
2.1 Definition av attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).....	8
2.2.1 Arv och miljö.....	9
2.2.2 Ökad risk för ett beroende	9
2.2.3 Utredning	10
2.2.4 Behandling och medicin.....	10
2.3 Definition av beroendeproblematik	11
3. Metod	12
3.1 Val av metod och tillvägagångssätt	12
3.2 Metodens förtjänster och begränsningar	13
3.3 Urval.....	14
3.4 Metodens tillförlitlighet	15
3.5 Intervjuerna	16
3.6 Bearbetning av vårt material	17
3.7 Etiska överväganden	18
3.8 Arbetsfördelning	19
3.9 Orientering av kunskapsläget.....	20
4. Forskningsöversikt.....	20
4.1 Sambandet mellan ADHD och ett beroende	20
4.2 Medicineringens hinder och möjligheter	22
5. Teoretiska utgångspunkter	23
5.1 Normaliseringsprincipen.....	23
5.2 Medikalisering	25
6. Resultat och analys.....	27
6.1 ADHD-medicin.....	27
6.2 Särskilda insatser för personer med ADHD och ett beroende	29
6.3 Hinder med ADHD-medicin.....	32
6.4 Möjligheter med ADHD-medicin	35

6.5 Brister i samarbetet mellan organisationerna.....	36
7. Slutdiskussion	39
7.1 Vad finns det för ADHD-medicin?	39
7.2 Vilka möjligheter och hinder kan ADHD-medicinering ge personer med beroendeproblematik och en samtidig ADHD-diagnos?	39
7.3 Vad finns det för insatser för personer med beroendeproblematik och ADHD på olika institutioner?.....	40
7.4 Egna reflektioner utifrån analys och resultat	41
8. Litteraturlista	44
Bilaga 1	48
Bilaga 2	49
Bilaga 3	51

1. Introduktion

På Socionomutbildningens femte termin med arbetsförlagda studier var en av oss på en Socialförvaltning på missbruksenheten för vuxna i en stad i Skåne. På praktikplatsen fick hon dagligen möta klienter med missbruksproblematik. I många fall hade även klienterna i fråga en uttalad eller outtalad ADHD-diagnos (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Under hennes praktikperiod växte hennes intresse för att fördjupa sig för vuxna som både har en ADHD-diagnos samt en beroendeproblematik. På praktikplatsen upplevde hon att det blev en osäkerhet i huruvida arbetet med klienterna skulle läggas upp. Hennes upplevelser blev en inkörsport för denna studie då även den andra studenten såg ADHD och beroendeproblematik som ett intressant ämne att fördjupa sig i. Vi valde att utifrån de professionellas syn undersöka ADHD-medicineringens möjligheter och hinder för personer som både har ADHD och en beroendeproblematik i form av alkohol eller narkotika.

1.1 Problemformulering och inledning

”Nu börjar jag bli jäkligt trött på att alla artiklar om ADHD handlar om våran medicin. Hur dåligt det är att vi får medicin mot våran ADHD. Kan inte nån smart jävel skriva om hur det istället påverkar en människa att ha ADHD? Skriva om varför man väljer att medicinera med dessa mediciner som andra kallar droger, men för oss enda chansen att fungera mer som ni andra” (Jelvemo 2014-03-27).

Citatet ovan kommer från en person som själv har diagnosen ADHD och som ser sin ADHD-medicin som ett hjälpmedel för att klara av vardagen. Personen har inte någon beroendeproblematik i form av alkohol eller narkotika men forskning visar att personer med ADHD löper stor risk för att hamna i ett beroende av alkohol eller narkotika i vuxen ålder (Wilens M.D 2004, s. 39). ADHD-medicinens möjligheter och hinder för vuxna personer med beroendeproblematik och en ADHD-diagnos är en omdiskuterad fråga. Läkemedel för ADHD bidrar till att personerna i större utsträckning får en fungerande vardag men det leder även till en ökad risk för att missbruka läkemedlet eller att de säljer läkemedlet vidare. Det finns nämligen läkemedel för ADHD som är narkotikaklassade vilket bidrar till beroendepotential (SBU 2013a; s. 24). Å andra sidan menar Eliasson (2012, s. 4) att

forskning visar att personer med en beroendeproblematik och ADHD-diagnos kan ta sig ur sitt beroende och få en fungerande vardag när ADHD-medicin är insatt. ADHD-medicin blir dock inte insatt innan personen blivit utredd och fått en fastställd diagnos. För att en person ska kunna påbörja en ADHD-utredning måste denne ha varit nykter och drogfri i tre månader. Väntetiden för utredning varierar kraftigt och ibland dröjer det över sex månader innan det finns en ledig tid (SBU 2013a; s. 27). För personer som även är beroende av alkohol eller narkotika kan det vara svårt att hålla sig drogfri under en lång period. Det leder till att många börjar med självmedicinering vilket medför att de aldrig får den professionella hjälp som de är i behov utav.

De personer som både har ett beroende och ADHD hamnar därför i dagens samhälle lätt mellan stolarna. Socialstyrelsen hävdar att personer med en ADHD-diagnos och beroendeproblematik blir bortglömda (Malmström 2007, s. 1426). Enligt Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall ska Socialtjänsten vara vägledande för all vård som syftar till att hjälpa enskilda människor att komma ifrån missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel. Vården ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilda.

Utifrån lagen frågar vi oss om personer med ADHD och en samtidig beroendeproblematik i form av alkohol eller narkotika får rättvis hjälp och behandling? Det är en redan utsatt grupp och om de inte får den professionella hjälp som de är i behov utav kommer personerna allt mer att ses som avvikande och inte tillhöra normen (Tideman 2000, s. 53). Syftet med ADHD-medicin är att vara ett hjälpmedel och underlätta vardagen genom att öka koncentrationsförmågan och minska impulsiviteten. Personen i vårt ovan nämnda citat ser ADHD-medicin som ett hjälpmedel och det är många personer som delar hennes åsikt. Samtidigt finns det personer som ser ADHD-medicin som ett hinder på grund av dess beroendepotential (SBU 2013b; s. 326). Synen på ADHD-medicin och dess möjligheter och hinder skiljer sig åt beroende på person och organisation. Vårt intresse kring ämnet ledde till att vi valde att ta kontakt med Socialtjänsten, Kriminalvården, Beroendecentrum samt ett behandlingshem. Vi ville få bättre förståelse för hur de professionella arbetar med vuxna personer som har en ADHD-diagnos samt en beroendeproblematik av alkohol eller narkotika.

Vi ville även undersöka hur professionellas tankar ser ut kring ADHD-medicineringens hinder och möjligheter.

1.2 Syfte

Syftet är, utifrån de professionellas syn, undersöka hur ADHD-medicineringen skapar möjligheter och medför hinder för vuxna personer med en ADHD-diagnos och en samtidig beroendeproblematik i form av alkohol eller narkotika.

1.3 Frågeställningar

1. Vad finns det för ADHD-medicin?
2. Vad finns det för insatser för personer med ADHD och en samtidig beroendeproblematik i form av alkohol eller narkotika?
3. Vilka möjligheter och hinder kan ADHD-medicinering ge personer med en ADHD-diagnos och en samtidig beroendeproblematik i form av alkohol eller narkotika?

2. Begrepp och definition

I detta avsnitt kommer vi att redogöra för två centrala begrepp som är återkommande i vår studie. ADHD är en diagnos som personer kan få både under barndomen och i vuxen ålder. Med tanke på studiens begränsade omfattning valde vi att begränsa oss till vuxna personer. Vidare har vi valt att fördjupa oss i en beroendeproblematik i form av narkotika och alkohol. För begreppsbeskrivning på ytterligare begrepp se ordlista i bilaga tre.

2.1 Definition av attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

ADHD står för Attention Deficit Hyperactivity Disorder och är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Personer med en ADHD-diagnos har stora koncentrationssvårigheter samt är väldigt impulsiva. Det leder till att dessa personer får svårt för att organisera sin vardag vilket påverkar sociala relationer, utbildning och arbete (Läkemedelsrådet 2014, s. 1). Idag har cirka fem procent av alla barn en utredd ADHD-diagnos medan procentantalet för vuxna med ADHD ligger på två-tre procent (Braar 2011, s. 28-29). Ett barn med en ADHD-

diagnos har ofta kvar symptomen i vuxen ålder, det vill säga ADHD växer inte bort med åldern (Läkemedelsrådet 2014, s. 1).

Det finns tre grupper av ADHD, den första gruppen är *uppmärksamhetsstörning* och där befinner sig 30 % av de personer som har en ADHD-diagnos. Den andra gruppen är *hyperaktivitetsstörning* där 10 % befinner sig i. Den sista gruppen som även är den vanligaste gruppen innebär att det finns både en *uppmärksamhetsstörning* och en *hyperaktivitetsstörning*. Av alla de barn och vuxna som har en fastställd diagnos är 60 % inom denna grupp (Söderpalm 2012, s. 291).

2.2.1 Arv och miljö

ADHD är en funktionsnedsättning som är genetisk överförbar. Cirka 30 % av alla föräldrar som har barn med en ADHD-diagnos visar ofta själva symptom för ADHD (Beckman 2012, s. 15). Förutom diagnosens ärftlighet har även fostertiden, födseln och uppväxtmiljön en betydelsefull faktor. Om barnets mamma intar droger under graviditeten ökar det risken för att barnet ska få ADHD. Syrebrist vid förlossningen, låg födelsevikt samt en psykosocial belastning i familjen har även betydelse. Desto mer konflikter som förekommer inom en familj desto större är risken för ADHD hos de barn som bär på arvet för funktionshinder (Läkartidningen 2005, s. 3114).

2.2.2 Ökad risk för ett beroende

Barn och vuxna med en ADHD-diagnos har betydligt större risk för att hamna i ett senare beroende än de personer som inte har diagnosen. Tidigare studier visar att 30 % av de personer med en beroendeproblematik uppfyller kriterierna för ADHD (Läkemedelsrådet 2014, s. 1). Vissa ADHD-symptom liknar de symptom som följer vid ett beroende av alkohol och narkotika. Symptom som ökad impulsivitet samt försämrad uppmärksamhet ses hos både personer med ADHD och de personer som har en beroendeproblematik (Beckman 2012, s. 50). Studier visar att personer med ADHD tidigare börjar att testa på alkohol än de personer som inte har ADHD. Det finns sedan risk att alkoholen övergår till narkotika eftersom många personer med ADHD tycker om att testa sina gränser. Vardagen är ofta mer kaotisk än hos personer som inte har diagnosen. Många personer som har diagnosen känner att de inte passar

in vilket resulterar till självmedicinering av olika preparat för att kunna koppla av (Beckman 2012, s. 52).

2.2.3 Utredning

Vid utredning av ADHD görs en noggrann anamnes som innehåller information från patienten själv, anhöriga och andra nära som har anknytning till patienten, till exempel läkare, psykologer och arbetskamrater (Läkemedelsrådet 2014, s. 1). Det är helhetsbilden som avgör om en person får diagnosen och därför är det viktigt att det utförs grundliga undersökningar (Beckman 2012, s. 61). Vid utredning för vuxna görs det bedömningar av både den aktuella situationen och för symtom under uppväxten. När en ADHD-diagnos ska utredas måste patienten uppnå särskilda kriterier, så kallade DSM som står för diagnostiska kriterier (Söderpalm 2012, s. 290). Vid en DSM bedömning ges det ett frågeformulär till patienten som innehåller frågor om ouppmärksamhet, hyperaktivitet och impulsivitet.

2.2.4 Behandling och medicin

Beckman (2012, s. 71) menar att det kan vara en lättnad att bli utredd och förstådd. Personen får även svar på varför denne har känt sig mer annorlunda än andra i dennes omgivning. Vid en utredd diagnos är det viktigt att personen får så mycket kunskap och råd som möjligt om sin ADHD-diagnos (Beckman 2012, s. 72).

Förutom farmakoterapi i form av läkemedelsbehandling är det lika viktigt med psykoterapi. Läkemedel bidrar med mycket men för att bästa resultat ska uppnås krävs det även hjälpmedel från andra håll (Hasselgren 2012, s. 11). Psykoterapi sker genom samtalsmetoder i form av både individ- och gruppsamtal (Wilens M.D 2004, s. 41). Läkemedelsbehandling ska sedan tillsammans med samtalsstöd vara en del av ett individuellt anpassat behandlingsprogram. Läkemedel för ADHD ska hjälpa personerna att öka uppmärksamheten och förbättra förmågan att fokusera. Alla personer svarar dock inte positivt för läkemedel och därför är det alltid viktigt med en individuell bedömning innan ett läkemedel blir insatt (Läkemedelsrådet 2014, s. 1).

Det finns olika varianter av läkemedel för ADHD men det enda läkemedel som är godkänt för att påbörja i vuxen ålder är Atomoxetin, även kallat Strattera. Utöver Strattera rekommenderas Concerta eller Ritalin som båda är ett Metylfenidat och tillhör ett centralstimulerande medel. Därefter finns det Medikinet och Equasym Depot som också är centralstimulerande medel. Dessa preparat är enbart godkända för vuxna personer som har använt preparaten i barndomen eller i ungdomen (Läkemedelsrådet 2014, s. 1). För personer som har en ADHD-diagnos och ett samtidigt alkohol- eller narkotikaberoende är det dock viktigt att tänka på den risk som medföljer vid intag av preparaten. Det finns personer som på grund av sin beroendeproblematik inte kommer att klara av att kontrollera ADHD-medicinen enligt utsatt mängd. Vissa läkemedel är narkotikaklassade vilket även bidrar till ett beroendepotential. Därför är det, som påpekades ovan, återigen viktigt med en individuell bedömning för huruvida personen klarar av att hantera sin medicin (SBU 2013b; s. 326).

2.3 Definition av beroendeproblematik

I dagsläget används begrepp som bruk, missbruk och beroende. Vår uppsats fokuserar på beroende men vi väljer att även förklara två tillhörande begrepp, bruk och missbruk. Hur definitionen lyder för dem och vart man drar gränsen är svårt att avgöra eftersom begreppen gärna flyter in i varandra (Johnsson, Laanemets & Svensson 2009, s. 14).

Bruk eller även kallat riskbruk innebär användning av narkotika eller alkohol för att uppnå en viss tillfredsställelse. Det kan vara tillfredsställelse av välmående, lindring av ångest eller smärta, ökat självförtroende eller för att orka med och få energi. Personer som befinner sig i ett bruk har förhöjd risk för att få fysiska, psykiska eller sociala konsekvenser. De ligger i riskzonen för att hamna i ett senare missbruk eller beroende (Region Skåne 1303).

Enligt Johansson Wirbing (2005, s. 23) och Region Skåne (1303) räknas missbruk och drogberoende som en sjukdom samt en psykiatrisk diagnos. Missbruk varierar under tid, vissa stunder är det ett intensivt missbruk och i andra stunder är drogen passiv och inte lika viktig för den missbrukande personen. I föregående avsnitt om ADHD skriver vi om de DSM kriterier en person måste uppnå för att få en fastställd ADHD-diagnos. Samma kriterier ställs det vid en utredning för missbruk och beroende. Skillnaden är att vid ett beroende måste fler kriterier uppnås än vid missbruk.

Ett beroende ses som allvarligare än missbruk. Beroendet är i sin tur permanent och styr personens vardag. Drogen är det viktigaste och måste alltid finnas där för personen (Johansson & Wirbing 2005, s. 25). Enligt Johansson & Wirbing (2005, s. 24) är det viktigt att den professionelle vet vilken diagnos personerna har som kommer för att få hjälp. Det på grund utav att behandlingen skiljer sig för missbruk och beroende. Även abstinensbesvären, behandlingens upplägg samt utsluss ser olika ut beroende på om personen har ett missbruk eller ett beroende.

3. Metod

I följande metodavsnitt kommer vi att redogöra för vår valda metod samt metodens förtjänster och begränsningar, urval och metodens tillförlitlighet.

3.1 Val av metod och tillvägagångssätt

I vår studie använder vi oss av en kvalitativ metod som lägger stor vikt vid intervjuer, observationer och dokument. Den kvalitativa metoden fokuserar på ord och inte på siffror som istället är en central del inom en kvantitativ metod. En studies forskningsfråga är avgörande för vilken metod som är lämplig att använda (Ahrne & Svensson 2013, s. 31). Vårt syfte var att undersöka ADHD-medicineringens möjligheter och hinder för personer med ett beroende och en ADHD-diagnos. Vi ville göra detta genom att få samtala med professionella personer på organisationer som hade kunskap om vårt valda ämne. Vårt syfte med våra intervjuer var att försöka sätta oss in i hur professionellas tankar och idéer såg ut kring vår forskningsfråga. Eftersom tankar och idéer även är centrala delar att undersöka inom en kvalitativ metod ansåg vi att den kvalitativa metoden var mest passande för vår studie (Bryman 2011, s. 340). Inom kvalitativ forskning finns det sedan olika metoder att använda sig av för att samla in sin empiri, såsom etnografi/deltagande observation där forskaren befinner sig i en miljö för att få en förståelse av dess kultur. Det finns även varianter av kvalitativa intervjuer såsom ostrukturerad intervju, semistrukturerad intervju samt fokusgrupper där personer i grupp diskuterar och analyserar en fråga eller ett problem (Bryman 2011, s. 344).

Vi valde att använda oss av semistrukturerade intervjuer. I en semistrukturerad intervju söker forskaren efter en fördjupning i ämnet samt efter att skapa en intim dialog (May 2013, s. 162). För att det ska bli en fungerande intervju krävs det därför att vi som utför intervjuerna har ett flexibelt arbetssätt i vårt sätt att ställa frågor (Bryman 2011, s. 415). Vid genomförandet av en semistrukturerad intervju är det viktigt att förbereda frågor och ämnen, men intervjuaren eller intervjupersonen kan själv avgöra den ordning som frågorna ska ställas och besvaras. Den flexibla intervjuemetoden leder till att dessa intervjuer är öppna eftersom både intervjupersonen och intervjuaren har möjlighet att påverka intervjun. När vi förberedde oss för intervjun gjorde vi en intervjuguide. Det innebar att vi skrev en kort minneslista över frågor och teman som skulle tas upp under intervjun. Vi förberedde oss genom att göra en intervjuguide med teman om beroendeproblematik och ADHD. Sedan utgick vi från studiens frågeställningar och ställde frågor om ADHD-medicineringens hinder och möjligheter, behandlingsalternativ samt om ADHD-medicin. Som intervjuare är det av stor vikt att formulera intervjufrågor som gör det möjligt att besvara undersökningens frågeställningar, använda sig av ett passande språk för situationen, ställa frågor om bakgrundsfakta samt vara försiktig med att ställa ledande frågor (Bryman 2011, s. 419).

Vi intervjuade fem personer, varav två från Socialförvaltningen, en från Kriminalvården, en läkare från Beroendecentrum samt en personal från ett behandlingshem. En av våra intervju personer har själv diagnosen ADHD. Av etiska skäl valde vi att inte intervju klienter, vilket vi skriver mer om i etikavsnittet. Våra intervjuer valde vi att spela in med inspelningsutrustning som vi sedan transkriberade (Bryman 2011, s. 428). Anledningen till vårt val av teknisk utrustning grundar sig på att vi ville minimera risken för felcitat och missförstånd. Vi såg det även som väsentligt att lägga fokus på intervjupersonen och inte på att föra anteckningar.

3.2 Metodens förtjänster och begränsningar

Förtjänster med att vi valde en kvalitativ metod är att empirin till vår studie blev fördjupad eftersom vi använde oss av öppna och flexibla frågor. May (2013, s. 163) menar att metoden gör det lättare för intervjupersonen att besvara frågorna på sitt eget språk och på så vis inte känna sig låst i några svarsalternativ. Den kvalitativa metoden ger större frihet för både intervjupersonen och den som intervjuar än när en kvantitativ metod görs. Utifrån den

kvalitativa metoden är det även vanligt att det framkommer annan användbar information som forskaren tidigare inte tänkt på. Informationen och dess resulterande analys blir därav oftast mer djupgående än vid en kvantitativ metod (Bryman 2011, s. 415).

Brister med en kvalitativ metod är att studiens resultat kan baseras på huruvida relationen har sett ut mellan intervjuaren och intervjupersonen. Undersökningen har en tendens till att bli alltför subjektiv vilket menas med att studien blir för personlig och partisk. Forskaren lägger stort fokus på sina egna känslor och upplevelser vilket omedvetet eller medvetet påverkar studiens resultat (May 2013, s. 99). Relationen mellan oss och våra intervjupersoner har varit god under studiens gång. Vi upplevde att vi fick en bra första kontakt vilket vi tror har påverkat studiens resultat positivt. Vi fick utförliga svar av alla våra intervjupersoner samt ett trevligt bemötande. Om vi istället hade fått en sämre första kontakt med våra intervjupersoner tror vi att det hade påverkat intervjupersonernas svar på de frågor vi ställde till dem. Det på grund av att de inte känt sig bekväma i situationen som därför, medvetet eller omedvetet, lett till mindre utförliga svar. Risken för att reliabilitetsnivån blir låg är även stor vilket innebär att det är svårt att genomföra samma studie och få samma resultat vid ett annat tillfälle. Då vi intervjuade ett fåtal personer fick vi endast fram information om huruvida den särskilda individen samt organisationen såg på vår studies ämne. Därmed är vi medvetna om att resultatet blivit annorlunda om vi valt att intervjua andra personer. Vi har haft ett kritiskt förhållningssätt då vi har haft metodens brister i åtanke under vår studies gång (Bryman 2011, s. 368).

3.3 Urval

Vi har gjort ett målstyrt urval då vi menar att personal från Socialförvaltningen, Beroendecentrum, Kriminalvården och behandlingshem är lämpliga personer att intervjua för att besvara vår studies syfte (Bryman 2011, s. 434). För att vår studie skulle bli genomförd valde vi som studenter utifrån ett målinriktat urval att vända oss till organisationer som var av relevans till vårt ämne (Bryman 2011, s. 392). Vårt mål var att intervjua personal från ovan nämnda organisationer. Utifrån organisationerna fick vi fram intressant och användbar information om både beroendeproblematik och ADHD. I samband med den första intervjun använde vi oss av ett snöbollsurval genom att fråga om intervjupersonen kunde hänvisa oss till fler personer som var relevanta för vår studie (Bryman 2011, s. 434). Innan intervjun ägde

rum var vi medvetna om den risk som kan uppstå vid ett snöbollsurval. Vid ett snöbollsurval är det vanligt att intervjupersonen hänvisar oss till personer och organisationer som har liknande värderingar som de själva. Vidare kan det uppstå ett etiskt problem vid ett snöbollsurval. Eftersom risken är stor för att intervjupersonen ska tipsa oss om personer som de känner kan det i sin tur påverka konfidentialiteten, det vill säga att studiens medverkande personer inte blir anonyma. Konfidentialiteten påverkades inte under vår uppsatstid eftersom vår intervjuperson inte gav oss namn på intervjupersoner, utan endast namn på organisationer.

3.4 Metodens tillförlitlighet

Vårt mål med studien var att ha hög validitet - och reliabilitetsnivå. Validitet innebär om resultatet överensstämmer med studiens syfte och reliabilitet handlar om det går att genomföra studien på nytt och få samma resultat (Bryman 2011, s. 352). För att få så hög validitet och reliabilitet som möjligt har vi under studiens gång varit mycket noggranna och grundliga i hur vi presenterade vår uppsats. Innan varje intervju informerade vi intervjupersonen om studiens syfte genom att skicka ett informationsblad där vi beskrev studiens ämne samt vilka vi intervju personer är (Bilaga 1). Syftet med detta var att intervjupersonen skulle få chans till att förbereda sig och känna sig trygg i sin position som intervju person. Reliabiliteten ville vi öka genom att samla in vårt material på ett väl genomtänkt sätt. Vi använde oss av teknisk utrustning med en väl fungerande mikrofon samt försökte göra så bra och noggranna intervjuer som möjligt. På grund av studiens metod och vårt genomförande vill vi återigen påpeka att vi är medvetna om svårigheten med att göra om samma studie och få samma resultat vid ett annat tillfälle (Bryman 2011, s. 368).

Eftersom vi är två personer som skriver studien strävade vi från dag ett efter att ha en öppen och tydlig dialog sinsemellan. Vi genomförde alla intervjuer tillsammans vilket vi anser har lett till minskad risk för eventuella missförstånd och tolkningsfel mellan intervjuare och intervju person. Under intervjuerna var det viktigt att ställa tolkande frågor till den person vi intervjuade. Vi gjorde det för att ytterligare minimera risken för missförstånd. I avsnitt 3.2 om metodens förtjänster och begränsningar skriver vi att en studie som är baserad på en kvalitativ metod har en tendens till att bli alltför subjektiv (Bryman 2011, s. 368). Eftersom vi har varit två som har skrivit och intervjuat tillsammans har vi minskat denna risk och haft en

god och uppriktig kommunikation sinsemellan. För att bevara studiens validitet har det varit viktigt för oss att regelbundet återgå till studiens syfte och frågeställningar. På så vis har vi känt oss säkrare på att vi får fram information som överensstämmer med det vi har avsett att undersöka. Vårt förhållande till vårt valda ämne har varit relativt begränsat och nytt för oss. Förutom att en av oss tillbringade sin praktikperiod på missbruksenheten på Socialförvaltningen har vi tidigare inte fördjupat oss i ämnet.

3.5 Intervjuerna

När vi hade tagit ett beslut för val av undersökningsämne började vi att fundera över vilka intervjupersoner som kunde tänkas vara relevanta för vår studie. Relativt snabbt kom vi fram till att Socialförvaltningen samt Psykiatrin skulle vara bra intervjupersoner. Efter vårt första handledningsmöte ändrade vi på vårt syfte och ändrade även intervjupersonerna till Socialförvaltningen, minst ett behandlingshem, Kriminalvården, KRIS (Kriminellas revansch i samhället) och Beroendecentrum. Därefter började vi att skissa på en intervjuguide (Bilaga 2) som skulle passa för alla intervjupersoner. Vi hade inte några svårigheter med att få tag på våra tänkta intervjupersoner. De var mycket positiva och ville ställa upp och bidra till vår studie. De intervjuer vi genomförde var med Kriminalvården, ett behandlingshem, Beroendecentrum, samt två intervjuer på Socialförvaltningen. Vi är medvetna om att minst sex intervjuer ses som ett lämpligt antal om det är två personer som skriver. Vi hade en plan om att intervjua KRIS men tyvärr hade vi inte tid för intervju när KRIS hade möjlighet. Det ser vi som väldigt synd då det hade varit oerhört intressant att höra vad före detta missbrukare anser om ADHD medicinering för personer med ADHD och ett samtidigt beroende. I slutet av vårt uppsatsskrivande nämnde vår handledare ett behandlingshem som hade fokus på ADHD och beroendeproblematik. Vi tog kontakt med behandlingshemmet men vi fick tyvärr inget svar. Detta behandlingshem tror vi annars hade varit en användbar och intressant källa för vår uppsats. Innan intervjudagen fick alla intervjupersoner ett informationsbrev (Bilaga 1). Det ville vi ge för att personerna skulle få möjlighet att förbereda sig samt sätta sig in i ämnet. Vi tyckte även det var viktigt att de fick ta del av de forskningskrav som ställs på dem som intervjupersoner, dessa krav skriver vi om i avsnitt 3.8 Etiska Överväganden. På informationsbrevet fanns även kontaktuppgifter till oss ifall intervjupersonen ville få kontakt med oss innan eller efter intervjun. I efterhand tycker vi att intervjuerna gick mycket bra och vi fick svar på de frågor som vi hade som avsikt att undersöka. Vi var båda två delaktiga

under intervjuerna och turades om att ställa frågor. Vi spelade in intervjuerna med hjälp av en mobiltelefon och intervjuerna varade allt från 30 minuter till två timmar.

3.6 Bearbetning av vårt material

Materialet och informationen som vi fått fram under studiens gång valde vi att koda. Kodning innebär att vi som skriver tolkar och sorterar materialet utifrån olika begrepp och teman (Jönsson 2010, s. 56). Det positiva med kodning är att det ofta uppstår mönster som författaren till studien inte skulle ha sett om personen i fråga valt att inte koda materialet. Som vi tidigare nämnde spelade vi in våra intervjuer för att sedan transkribera dem, det vill säga, vi överförde det talande språket till skriftlig form (Bryman 2011, s. 430). Vårt val till inspelning har även lett till att vår kvalitet på vårt material har ökat. Det med anledning av att vi har skrivit ner de inspelade intervjuerna ordagrant och därigenom undvikit språkliga missförstånd. På så vis har vi även haft lättare för att återkoppla till intervjuens händelser. Eftersom vi har använt oss av en kvalitativ metod och genomfört semistrukturerade intervjuer har det varit en fördel att spela in materialet. Det med anledning av att inte gå miste om vad som sagts under intervjun som har varit av relevans för analys och resultat (Bryman 2011, s. 428). De inspelade intervjuerna har vi sedan skrivit ut för att vi lättare skulle kunna koda vårt insamlade material.

Vi valde att använda oss av två teorier i denna uppsats, normaliseringsprincipen och medikalisering. Teorierna kom vi fram till efter att vi samlat in vår empiri som vi sedan hade i åtanke vid kodningen och dess analys. Tillvägagångssättet i kodning skiljer sig åt men i vår studie valde vi att koda manuellt. Det innebär att vi har använt oss av bokstavsmarkeringar i marginalen på vår insamlade information (Jönsson 2010, s. 56).

Efter en diskussion sinsemellan kom vi överens om fem teman som vi ville koda, *särskilda insatser för personer med ADHD och ett beroende, hinder med ADHD-medicin, möjligheter med ADHD-medicin, brister i samarbetet mellan organisationerna, ADHD-medicin.*

Vi ansåg att dessa fem teman var relevanta teman att koda för att kunna besvara vår uppsats syfte. De teman och frågor som sedan har berörts under våra intervjuer har varit en grund för vår kodning. För att ge ett exempel handlade en fråga om ADHD-medicineringens hinder. De svar vi fick på vår nämnda fråga kodade vi genom att jämföra intervjupersonernas svar med

varandra. För att det skulle bli lättare för oss att urskilja våra olika teman gjorde vi ett dokument där alla teman fick varsin rubrik. Därefter kopierade vi in den information som hörde till temat från varje intervju under dess rätta rubriker. Varje intervju fick varsin färg, och det på grund av att göra det tydligt för oss att veta vem som har sagt vad, exempelvis fick Beroendecentrum röd färg och Socialförvaltningen blå färg. Vi skrev sedan ut dokumentet och hade det som stöd för vår analys. Vi använder oss av citat från våra intervjuer i vår analys. Vi har valt att finputsas och justera dessa för att skapa en större tydlighet för läsaren.

3.7 Etiska överväganden

Det finns två krav som måste följas vid genomförandet av en forskning eller studie. Det första kravet är individskyddskravet. Det menas med att de personer som medverkar i en studie inte får komma till psykisk eller fysisk skada, och får inte förödmjukas eller kränkas genom studien. Det andra kravet är forskningskravet vilket innebär att forskningen ska fokusera på väsentliga frågeställningar samt hålla hög kvalitet (Vetenskapsrådet, s. 5). Det är viktigt att väga dessa krav emot varandra för att få en bild om huruvida ens forskning kan påverka samhället som helhet samt personerna i det. Vi kom fram till att vår studie inte skulle skada våra tänkta intervjupersoner eller samhället generellt eftersom vi tog hänsyn till individskyddskravet och var ständigt uppmärksamma på intervjupersonernas reaktioner. Den forskningsfråga vi valde att undersöka, det vill säga ADHD-medicineringens möjligheter och hinder för personer med ett samtidigt beroende ansåg vi inte vara en fråga som skulle påverka människor negativt. Vår studie omfattar så pass få människor att den inte kommer att nå ut och göra skada för personer med ADHD och beroendeproblematik.

Vidare är individskyddskravet indelat i fyra huvudkrav: *Informationskravet*, vilket handlar om att vi som studenter ska informera de personer som är involverade i forskningen om dess syfte, samt vad som gäller för deras deltagande i studien (Vetenskapsrådet, s. 7). Vi har följt kravet genom att berätta om studiens syfte, undersökningens upplägg samt att det är frivilligt för intervjupersonen att medverka och att hon/han kan avbryta sin medverkan när denne vill. *Samtyckeskravet* handlar i sin tur om att vi ska samla in ett samtycke från studiens medverkande personer om att de godkänner att vara med i undersökningen (Vetenskapsrådet, s. 9). Vi samlade in ett samtycke från våra intervjupersoner innan intervjun ägde rum, detta för att minimera risken för missförstånd och eventuella problem under intervjun.

Konfidentialitetskravet menas med att de uppgifter som kommer fram under insamling av data ska ges största konfidentialitet, det vill säga, ingen obehörig ska kunna ta del av informationen (Vetenskapsrådet, s. 12). Vi förklarade för de personer som medverkat i vår studie att de är anonyma, samt att det enbart är vi författare som skulle lyssna på de inspelade intervjuerna. Som vi skrev i avsnitt 2.3 är vi medvetna om att ett snöbollsurval kan påverka konfidentialiteten då risken är stor att intervjupersonen tipsar oss om folk som de känner sedan tidigare. Det kan påverka studiens resultat eftersom intervjupersonerna inte blir anonyma. Vi hade problematiken i åtanke vid valet av våra intervjupersoner samt under hela uppsatstiden. Slutligen och därmed det sista kravet är nyttjandekravet som handlar om att de uppgifter som har samlats in endast får användas för studiens ändamål (Vetenskapsrådet, s.14). Vi informerade intervjupersonerna om att informationen som kom fram under intervjun endast skulle användas till vår studie.

Vi informerade intervjupersonerna en tid innan intervjudagen om kraven ovan. Vi förklarade hur intervjun skulle gå tillväga, att vi ville använda oss av inspelningsinstrument samt frågade hur intervjupersonen ställde sig till det. Det gjorde vi för att vi ville att de ska bli insatta i studien samt förvissa oss om att de visste deras villkor för medverkan. På intervjudagen gav vi dem återigen denna information för att försäkra oss om att intervjupersonen var införstådd med villkoren. En av våra fem tänkta intervjuer gjordes på Socialförvaltningens missbruksenhet för vuxna, vilket även var praktikplats för en av oss under termin fem. Vi är införstådda med att detta kan påverka ett slutresultat och vara etiskt inkorrekt, men vi valde att inte intervjua de socialsekreterare som hon arbetade nära och inte heller hennes handledare. Vi beslutade oss även för att inte intervjua klienter i vår studie. Detta val gjorde vi dels på grund av att vårt intresse handlade om att studera hur professionella ser på ADHD-medicineringen och dels för att det kan ses som oetiskt genom ett intrång på klienternas privatliv (Bryman 2011, s. 137). En av våra intervjupersoner har diagnosen ADHD, vi valde dock att intervjua honom på grund av hans professionella expertis och inte på grund av hans diagnos.

3.8 Arbetsfördelning

Vi hade som mål att göra allt arbete tillsammans, intervjua, koda, insamling av empiri samt transkriberingen av våra utförda intervjuer. Under studiens gång blev vi dock införstådda

med en rådande tidsbrist vilket medförde att vi tvingades dela upp arbetsuppgifterna sinsemellan. Vårt skrivande blev mer effektivt när vi ibland fick sitta vart för sig och skriva. Vid dessa tillfällen hade vi samtalskontakt och vi kunde hela tiden hjälpa och nå varandra om det var något som vi var osäkra över. Vi har båda varit närvarande och aktiva under alla intervjuer, och förberett oss genom att läsa intervjuguiden tillsammans innan varje intervju.

3.9 Orientering av kunskapsläget

För att få insikt om studiens ämne började vi med att orientera kunskapsläget genom att läsa avhandlingar och artiklar på internet som handlade om ADHD och beroende. Vi sökte på Lunds Universitets databaser Lubsearch och Libris och använde oss av både svenska och engelska sökord: *ADHD, beroende, abuse, addiction, psykiatri, medicalisering, ADHD-medicin och behandlingsinsatser*. Vi fann en artikel av Malmström (2007, s. 1426-1427) som tar upp beroendeproblematik och ADHD och hur de blir bortglömda i samhället. Artikeln skapade ett intresse för att undersöka fenomenet ytterligare. Vi började därefter att söka relevant litteratur på Helsingborgs stadsbiblioteket samt på Campus Helsingborgs universitetsbibliotek. Vi har även sökt efter rapporter från exempelvis SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering (2013). Från våra intervjupersoner fick vi tips på relevant forskning för vår studies ämne. Under studies gång märkte vi att det var svårt att finna forskning som matchade vårt ämne.

4. Forskningsöversikt

I detta avsnitt kommer vi att redogöra för ett urval av den forskningsöversikt som berör vårt ämne. ADHD och beroende är två områden som, vart för sig, har varit väl omdiskuterade i media. För att avgränsa oss väljer vi att rikta in oss på forskning som tillsammans berör ADHD och beroende i form av alkohol och narkotika.

4.1 Sambandet mellan ADHD och ett beroende

De personer som har en ADHD-diagnos har större risk för att utveckla ett beroende av alkohol och narkotika än de personer som inte har diagnosen. Bo Söderpalm som är professor och överläkare i psykiatri vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg hävdar att cirka

2-4 % av alla vuxna har en ADHD-diagnos. Av dessa 2-4 % utvecklar varannan vuxen ett beroende (Eliasson 2012, s. 4). Liknande siffror har framkommit i en metaanalys. Vid granskning av 29 studier med 6689 personer, både vuxna och ungdomar, från sex länder har det visat sig att var fjärde missbrukare har ADHD (Hasselgren 2012, s. 10). I ytterligare studier har det framkommit att 15-25 % av alla vuxna som har alkohol- och/eller narkotikaproblematik även har en ADHD-diagnos. Forskaren Timothy E. Wilens M.D skriver följande:

“Adults with ADHD begin to abuse substances at an earlier age and abuse substances more often than their peers without ADHD. Their substance abuse continues longer, and they move from alcohol abuse to substance abuse more rapidly than those without ADHD” (Wilens M.D 2004, s. 39).

Utifrån citatet ovan kan det enligt Wilens konstateras att det finns tydliga kopplingar mellan missbruk och ADHD. Personer med ADHD börjar även att missbruka i tidigare ålder än de personer som inte har ADHD (Wilens M.D 2004, s. 38). Bo Söderpalm (2012, s. 294) nämner ett exempel om en pojke med en ADHD-diagnos som började att missbruka alkohol vid fem års ålder. När ett barn börjar att förtära alkohol i tidig ålder är det stor risk för ett senare bruk av illegala droger. Ett illegalt bruk är ofta förknippat med kriminell aktivitet och det beror enligt Söderpalm (2012, s. 294) på att det nästan är omöjligt för en ung person att bekosta ett missbruk på legal väg.

Det finns inte ett definitivt svar på varför personer med ADHD börjar att missbruka i tidigare ålder men psykologen och forskaren Maija Konstenius menar i Hasselgrens (2012, s. 10) artikel att personer upplever och hanterar problem olika. Konstenius hävdar även att orsaken till den förhöjda risken för ett beroende hos personer med ADHD är väldigt individuellt. Det är vanligt förekommande att personer med en ADHD-diagnos ofta känner sig annorlunda från tidig ålder. Personerna hamnar redan från skolstart i ett utanförskap, vilket i sig är en förhöjd risk till att börja självmedicinerna och till en senare beroendeproblematik (Hasselgren 2012, s. 10). Likvärdigt med Konstenius menar Wilens, M.D (2004, s. 38) att självmedicinering är vanligt förekommande hos personer med en ADHD-diagnos. Självmedicinering kan vara både narkotika och alkohol. Utöver självmedicinering finns det beteendemässiga förklaringar.

Personer med ADHD är impulsiva vilket medför att de vågar testa sådant som personer utan diagnosen inte hade gjort (Hasselgren 2012, s. 10). Söderpalm (2012, s. 296) utvecklar Hasselgrens resonemang och menar att de personer som är impulsiva har svårt för att ta kloka beslut. Det medför i sin tur en ökad risk för att hamna i dåliga situationer.

4.2 Medicineringens hinder och möjligheter

Som vi skrev ovan är studierna få kring medicinering för personer som både har en ADHD-diagnos och en beroendeproblematik. Medicineringen kan leda till förbättring för personens ADHD men det kan även uppstå en problematik för deras missbruk (Söderpalm 2012, s. 297). Södermalm menar i Eliassons (2012, s. 4) artikel att personer med beroendeproblematik och ADHD är betydligt struligare än de personer som inte har en ADHD-diagnos. Både Eliasson (2012, s. 4) och Söderpalm (2012, s. 294) menar att det är svårare att hjälpa en person som både har en ADHD-diagnos samt ett beroende att bli missbruksfri än de personer som enbart har ett beroende. Eliasson (2012, s. 4) och Wilens M.D (2004, s. 42-44) hävdar på andra sidan att det är lättare att behandla personer med både en ADHD-diagnos och ett beroende än de personer som enbart har en beroendeproblematik.

Det har visat sig att läkemedelsbehandling av patienter med ADHD har kortsiktigt positiva effekter. Enligt SBU:s rapport, ADHD - Diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet, minskar vissa läkemedel symtomen av ADHD, så som ökat lugn, minskad impulsivitet samt ökad exekutiv förmåga (SBU 2013b; s. 326). De långsiktiga effekterna är dock svåra att urskilja och det beror på att det saknas studier som pågått under lång tid. En typisk studieundersökning är på tre månader, men för att kunna se en långsiktig gynnsam effekt för personer som har ADHD och ett beroende krävs det studier som sträcker sig över en längre tidsperiod (SBU 2013a; s. 24).

Trots svårigheterna med att urskilja läkemedlets effekter finns det studier som hävdar att ADHD-medicin för personer med en ADHD-diagnos samt en beroendeproblematik påverkar deras beroende. Läkemedelsbehandling som är avsedd för personer med ADHD menar både Eliasson (2012, s. 5) och Wilens M.D (2004, s. 44) leder till minskad risk för beroende för vuxna med ADHD. Anledningen till dess minskade risk beror på att den centralstimulerande medicin som finns för ADHD ger större verksam behandling än den behandling som

tillkommer för övriga missbrukare (Eliasson 2012, s. 5). Även i SBU:s rapport framkommer det att ADHD-medicineringens ovan nämnda effekter ökar livskvalitén samt patientens motståndskraft mot beroendet (SBU 2013b; s. 326).

Läkemedelsbehandling av ADHD till personer med samtidigt beroende kan trots allt vara ett dilemma. Medicineringens fördelar finns men medicineringen medför även hinder. De centralstimulerande medel som finns för ADHD är ifrågasatta av ett flertal anledningar. Vissa läkemedel är narkotikaklassade vilket även bidrar till ett beroendepotential (SBU 2013b; s. 326). Enligt SBU:s rapport innebär centralstimulerande medel en ökad risk för ett substansmissbruk (SBU 2013b; s. 46). Vidare kan medicineringen utgöra hinder för personer som har en ADHD-diagnos och ett redan etablerat beroende. För många personer med ett pågående beroende blir det svårt att hantera medicinen enligt utsatt mängd vilket medför att de istället börjar att missbruka läkemedlet. Det leder till att ADHD-medicineringen inte ger önskad effekt och personerna får inte bukt på deras beroende. Det finns även risk att de centralstimulerande medlen används illegalt på grund av dess missbrukspotential. Det finns därför risk för spridning av läkemedlet, personerna säljer det centralstimulerande läkemedlet vidare som de fått utskrivit av sin läkare vilket bidrar till illegalt missbruk (SBU 2013a; s. 24).

5. Teoretiska utgångspunkter

Vi har valt två teorier till vår studie, normaliseringsprincipen och medikalisering. Det är två teorier som vi anser samspela med varandra och som vi tror kan skapa intressanta diskussioner i vår analys. Grunden i normaliseringsprincipen handlar om vilka som tillhör normen medan medikaliseringen tar upp den stora spridningen av medicinska begrepp. Personer med en ADHD-diagnos och en samtidig beroendeproblematik ingår inte i det som utgör sig för att vara normen. Medikaliseringens utveckling har lett till att ADHD och beroende idag ses som en sjukdom.

5.1 Normaliseringsprincipen

Upphovsmännen till normaliseringsprincipen är Niels Erik Bank-Mikkelsen och Bengt Nirje. De började att utforma normaliseringsprincipen i slutet av 1950-talet och i början av 1960-

talet för att framhäva kritik mot hur omsorgen och förhållandena för utvecklingsstörda såg ut. De ville visa hur vården på institutionerna såg ut (Tideman 2000, s.51). Därefter vill de förändra institutionernas behandlingssätt för utvecklingsstörda personer där man tidigare skiljde dem åt från andra individer i samhället. Det var detta som blev en start för normaliseringsprincipen som sedan har kommit att utvecklas.

För personer som lever på institutioner är deras integration en stor och mycket viktig del att ta hänsyn till. Nirjes (2003, s. 123) definition på integration lyder: ”Att vara sig själv – att kunna och att få vara sig själv – bland andra”. Nirje (2003, s. 123) skriver vidare om integration och nämner bland annat funktionell och social integration. Det menas med hur personer fungerar med andra personer i samhället och hur de i sin tur accepterar varandra. För de personer som bodde på institutioner på grund av ett handikapp var vardagen inte densamma som för ”vanliga” personer som inte bodde på institutioner. Det blev en vi och dem känsla. Personer på institutionerna skulle ha en vardag och samma levnadsförhållanden som vilken individ i samhället som helst. Nirje och Bank Mikkelsen följde därför välfärdsstatens ideal om jämlikhet och rättvisa för att få det korrekt och jämlikt. Nirje (2003, s. 91) utvecklade åtta punkter som personer på institutioner skulle ha rätt till för att göra deras tillvaro likvärdig med övrig befolkning. De skulle ha en normal dygnsrytm, veckomönster, årsrytm och utveckling av livscykeln. De skulle även få deras önskningar och behov respekterade, få ha normala ekonomiska villkor samt normal standard på sitt boende och även ha normala miljökrav i samhället. Detta skulle ge dem större möjlighet att ingå i samhället som individer och personer (Tideman 2000, s. 52).

Enligt Tideman (2000, s. 53) utvecklade Nirje och Bank-Mikkelsen tre synsätt att se på normaliseringsprincipen och på vad som tolkas som normalt.

- *Statistisk normalitet* – Det genomsnittliga bland människor och medelvärdet bland befolkningen. Detta synsätt var det inte den utsatta personen som skulle förändra utan istället dess omvärld och levnadsvillkor.
- *Normativ normalitet* – Vilka som är de normala värderingarna för personerna i ett samhälle för den tiden man lever i.
- *Individuell eller medicinsk normalitet* – Är personen frisk så ses personen som normal och är personen sjuk ses personen som avvikande. Det krävs någon form av

behandling för att nå normalitet, personen ska inse att personen är avvikande och ska tränas för att uppnå normalitet.

Normaliseringsprincipen kan hjälpa både föräldrar, personal och individer i samhället som kommer i kontakt med personer som har ett funktionshinder att förstå och hjälpa dem att få en dräglig levnadsnivå och få leva ett självständigt och så ”normalt” liv som möjlig. Enligt Nirje (2003, s.152) betyder inte normalisering normalt, och samhället ska inte sträva efter att göra avvikande människor normala. I stället ska samhället se till så att deras livsstil och livskvalité inte är sämre än någon annans i samhället. I citatet nedan skriver Nirje (2003, s.94) om en viktig del inom normaliseringsprincipen, det vill säga att varje person måste förstå sig själv och den värld han eller hon lever i.

”Oavsett de otaliga genetiska och medicinska och tillfälliga orsakerna till utvecklingsstörningen handlar det för alla om utveckling av medvetandet och av att kunna lära, minnas kunskaper, förstå omvärlden och sig själv” (Nirje 2003, s.94).

5.2 Medikalisering

Medikaliseringens utveckling började på 1970-talet. Allt fler sociologer började att intressera sig för dess begrepp och en av dessa var den amerikanske sociologen Peter Conrad. Människors sociala och psykosociala problem började att namnges i olika medicinska termer. Medicinen blev allt mer en rådande diskurs som började styra och kontrollera människan i samhället. Människans handlingar omvandlades av professioner till symptom som sedan skulle motsvara olika existerande sjukdomar, trots att det inte existerade biologiska förändringar hos personen. När de medicinska termerna hade givits blev det sedan aktuellt att finna lämpliga behandlingsmetoder för människans sjukdom och åkommor (Conrad 2007, s. 4).

Medikaliseringen har lett till att det i dag finns en medicinsk term på det mesta vilket bidrar till att nästan ingen människa ses som helt frisk. Conrad (2007, s. 3) menar att synen på sjukdomar och åkommor har förändrats under de senaste trettio åren. Det som tidigare sågs som normala händelser i en människas liv ses idag som medicinska tillstånd. En persons naturliga åldrande, exempelvis håravfall klassas numera som en sjukdom eftersom det finns

läkemedelsbehandling (Conrad 2007, s. 148). Även ADHD och alkoholism beskrivs idag utifrån en sjukdom och som ett medicinskt begrepp. För trettio år sedan förknippades begreppen till dåliga människor och inte som en sjukdom (Conrad 2007, s. 6). Tidigare i uppsatsen har vi nämnt de DSM-kriterier som en person måste uppnå för att få en fastställd diagnos av exempelvis ADHD eller ett beroende. Den första originalversionen av DSM-kriterier kom ut 1952 och hade på den tiden kriterier för 106 sjukdomar. Idag har sjukdomarna inom DSM expanderat till över 300 sjukdomar (Conrad 2007, s. 118).

Peter Conrad (2007, s. 133) nämner tre typer av medicinsk kontroll som har påverkat medikaliseringens framväxt.

- *Medicinsk teknologi.* En stor anledning till medikaliseringens spridning beror på läkemedelsindustrin som började att utveckla läkemedel för olika sjukdomar. Det lades ner stora summor pengar för att göra reklam för preparaten inom media. Det utvecklades läkemedel för lugnande, ångstdämpande eller fokuserande som skulle kontrollera avvikande beteenden, exempelvis Ritalin som är ett läkemedel för ADHD (Conrad, 2007, s. 134).
- *Medicinsk kollaboration/samarbete.* Det sker ett samarbete mellan myndigheter och exempelvis en läkare som ska informera om patientens medicinska situation (Conrad 1992, s. 216).
- *Medicinsk ideologi.* Den medicinska ideologin handlar om att människan ska se de fördelar som finns med en sjukdom (Conrad 1992, s. 216).

Åsikterna kring medikaliseringen finns det delade meningar om. Conrad (2007, s. 146) nämner medikaliseringens konsekvenser för vår kultur, samhälle samt dess patienter och konsumenter. Medikaliseringen ses som en trend som ska försöka bota så mycket som möjligt, även de problem som utan medikaliseringen inte hade varit ett problem för människan. Det har vidare medfört att det får friska människor tro att de är sjuka. Normen om vad som betraktas som acceptabelt för hur vår kropp, beteende och hälsa ska se ut har genom medikaliseringen förändrats. Medikaliseringen kontrollerar avvikande beteenden genom att ta bort eller normalisera avvikande beteenden hos människan. Conrad menar (2007, s. 150) därför att den enorma spridningen av medicin under de senaste åren har lett till att personer ser läkemedel som den enda lösningen på de problem som uppstår. Människan är en stor

konsument och så länge vi söker hjälp för våra åkommor och sjukdomar kommer medikaliseringen fortsätta att expandera (Conrad 2007, s. 155).

Trots medikaliseringens baksidor nämner Conrad (2007, s. 146) dess positiva sidor och menar att medikaliseringen har gjort mycket för vår välfärd och människorna i det. Medikaliseringen kan ses utifrån ett annat perspektiv och leda till en förbättrad hälsa för människan. De små symptom som människor väljer att inte göra något åt kan bli behandlade i god tid och på så vis undvika allvarligare sjukdomar. Conrad hävdar även att det finns personer som anser att medikaliseringen har minskat på stigmatiseringen. ADHD och Alkoholism benämns idag som ett medicinskt begrepp och därför även som en sjukdom. De personer som har fått en diagnos för ADHD eller Alkoholism har fått en förklaring till deras beteende. Personer med ADHD kan numera bli hjälpta av medicin som exempelvis Ritalin och Concerta. Stigmatiseringen har minskat eftersom de nya medicinska begreppen har medfört att ett annorlunda beteende blivit desto mer accepterat i samhället (Conrad 2007, s. 147).

6. Resultat och analys

Vi kommer att analysera vårt material utifrån två teorier, normalisering och medikalisering. Vi har valt att utgå från fem teman som är av relevans för uppsatsens syfte och frågeställningar. Våra fem valda teman, ADHD-medicin, särskilda insatser för personer med ADHD och ett beroende, hinder med ADHD-medicin, möjligheter med ADHD-medicin, brister i samarbetet mellan organisationerna, kommer vi att analysera en åt gången. Vi vill göra det då vi upplever att vår analys kommer att bli tydligare samt att det blir lättare för läsaren att få förståelse för vår studies resultat.

6.1 ADHD-medicin

Läkaren på Beroendecentrum menar att ADHD-medicin skiljer sig och anpassas efter varje individs behov. Medikaliseringens framväxt på 1970-talet ledde till att allt fler läkemedel utvecklades för olika typer av sjukdomar och diagnoser. ADHD och beroende sågs innan medikaliseringen inte som en sjukdom utan dessa människor betraktades som konstiga personer som ingen ville umgås med. När sedan ADHD och beroende blev medicinska

begrepp öppnades möjligheten för behandling, exempelvis medicinsk behandling som Ritalin och Concerta (Conrad 2007, s. 6). De kriterier som finns för medicin som ges till vuxna med ADHD ser inte likadan ut som kriterierna gör för barn. Socialförvaltningen och läkaren på Beroendecentrum menar att det är svårare att ge ADHD-medicin till vuxna som har en samtidig beroendeproblematik i form av alkohol eller narkotika. Ofta har vuxna andra psykiska och fysiska problem som tillkommit under deras svåra levnadsförhållanden, till exempel hjärnskador, depression och hjärtproblem som måste räknas in vid ordinationen. Intervjupersonerna menar även att om en person får medicin för sin depression och för sin ADHD-diagnos kan medicinerna slå ut varandra vilket leder till utebliven effekt.

Enligt normaliseringsprincipen (Tideman 2000, s. 53) ses en person som avvikande om denne har en sjukdom. Nutidens samhällsbild över hur människan ska bete sig och se ut har lett till att många personer inte vill förknippas med begreppet avvikande. Människor började därför allt mer att söka efter medicinsk hjälp för att kunna göra något åt sina problem och sitt avvikande beteende. Läkaren på Beroendecentrum tog upp två huvudspår inom ADHD-medicin. Det första är preparatet Metylfenidat och det andra spåret är Equasym samt Medikinet. Vid första kontakten av medicin ordinerar oftast medicinen Ritalin eller Concerta. Det är två preparat som höjer ens vakenhet vilket gör det lättare för personen att behålla fokus under dagen (SBU 2013b; s. 182). Både Beroendecentrum och Kriminalvården medicinerar sina patienter med Concerta som ingår i gruppen Metylfenidat och är en ADHD-medicin som ger långvarig effekt. Anledningen till att Beroendecentrum väljer Concerta för deras patienter med ADHD och ett samtidigt beroende är att det blir svårare för patienterna att missbruka tabletten. Det är ett preparat som går långsamt ut i blodet och det tar lång tid innan medicinen ger effekt. Preparatet Concerta tas endast två gånger per dag, en gång på morgonen och en gång på eftermiddagen. Läkaren på Beroendecentrum menar att det är viktigt att aldrig ta medicinen på kvällen eller fler än två gånger per dag då det leder till sömnproblem. Om dessa preparat inte fungerar, exempelvis vid allergi, finns det möjlighet att övergå till rena amfetaminpreparat. Ett utav dessa preparat heter Elvanse och för att få amfetaminpreparat måste personen få licens från Läkemedelsverket.

ADHD och beroende som begrepp ledde till att personerna i fråga fick en förklaring till sitt, enligt normen, avvikande beteende (Conrad 2007, s. 46). Människor är konsumenter och

Conrad menar att människan själv är en stor förklaring till medikaliseringens utveckling. Så länge människan fortsätter att efterfråga medicinering kommer även läkemedelsindustrin fortsätta att öka (Conrad 2007, s. 155).

6.2 Särskilda insatser för personer med ADHD och ett beroende

De insatser som finns för personer med beroendeproblematik och en ADHD-diagnos skiljer sig åt beroende på vart personen i fråga vänder sig. Den läkare som vi fick intervju på Beroendecentrum får bland annat möta personer med ADHD och en beroendeproblematik i form av alkohol och narkotika. Läkaren berättade att han får remisser av Kriminalvården, vårdcentraler samt från allmänpsykiatri för att sedan kunna göra neuropsykiatriska utredningar på patienter där det kan förekomma en ADHD-diagnos. På Beroendecentrum görs även psykologitester som innebär en screening på personen för att se om det förekommer personlighetsstörning. Läkaren menar vidare att det är viktigt att få en helhetsbild på patienternas kognitiva förmåga för att kunna bedöma en eventuell funktionsnedsättning.

Många av de intagna på Kriminalvården där vi gjorde vår intervju har tillsammans med sin beroendeproblematik även en ADHD-diagnos. På grund av den ökande ADHD-problematiken på anstalter har Kriminalvården fått utveckla sina arbetsuppgifter. Medikaliseringens utveckling har lett till att det har lagts ner mer pengar på läkemedel. Läkemedelsindustrin expanderade och nya tillvägagångssätt hittades för att komma fram till nya sjukdomar och diagnoser (Conrad 2007, s. 6). En ny insats som finns på Kriminalvården för de intagna där det finns misstanke om ADHD är ett så kallat QB test. Ett QB test är ett dataprogram som mäter hjärnans frekvenser för de symptom som finns för ADHD. När personen sedan har gjort testet går det att urskilja om personen uppfyller kraven för ADHD eller ej (Qbtech 2014).

De personer som blir intagna på Kriminalvården som har ADHD-medicinering är ofta för tungt medicinerade och har själva trappat upp medicinen. De får därför träffa Kriminalvårdens läkare som ofta gör bedömningen att sänka dosen. På Kriminalvården utförs mindfulness och yoga, det finns även ett kognitivt behandlingsprogram som innebär att diskussioner förs om vardagliga situationer där även kriminalitet kan uppstå ska lösas.

Kognitiva behandlingsprogram har visat sig ha goda effekter på personer som har en ADHD-diagnos (SBU 2013b; s. 13). Under de kognitiva behandlingsprogrammen på Kriminalvården sker det gruppdiskussioner där det tas upp teman som berör livet, exempelvis beroende, kriminalitet, ekonomi, sexualitet och nätverk. Enligt Kriminalvården är detta program någorlunda ADHD anpassat eftersom de professionella har ett öppet arbetssätt där arbetet baseras utifrån individen.

En av våra intervjupersoner på Socialtjänsten arbetar med vuxna missbrukare och möter ofta personer som antingen har en utredd eller outredd ADHD-diagnos. På Socialtjänsten försöker de professionella alltid att väga in personens ADHD-diagnos i personens behandlingsplan. Det gör dem genom att välja behandlingshem i den mån det går utefter personens önskemål. Socialtjänsten menar i fall en klient sedan tidigare har använt ADHD-medicin och vill bli fortsatt medicinerad är det lämpligt att välja ett behandlingshem där medicinen är accepterad.

Det behandlingshem vi besökte har ett arbetssätt som är grundat utifrån tolvstegsmodellen, vilket är en vanlig behandlingsform för personer med en beroendeproblematik. Patientens beroende ses som en sjukdom och därför är det inte patientens eget fel att denne har hamnat snett, men patienten har ett eget ansvar för sitt tillfrisknande. För att patienten ska tillfriskna är det viktigt med ett accepterande av sin svårighet med att kontrollera sitt alkohol- eller drogintag. För att patienten ska kunna avstå från alkohol och droger ska patienten följa ett handlingsprogram i tolv steg. När de tolv stegen är avklarade är det meningen att patienten ska ha funnit sig själv och sina brister. För att patienten ska komma tillfreds med sina problem är det även viktigt att patienten finner en högre kraft som denne kan vända sig till (Gyllenhammar 2012, s. 395-397). Behandlingshemmet menade att den högre kraft som patienten måste finna kan vara vad som helst som ger trygghet i personens liv. De personer som kommer till behandlingshemmet har en beroendeproblematik i form av alkohol eller narkotika. En del har även en ADHD-diagnos. Behandlingsprogrammet pågår under 29 dagar och utöver det finns det efterbehandling. Enligt intervjupersonen har behandlingshemmet individualiserat behandlingsprocessen eftersom alla individer är olika och behöver skilda redskap för att nå sitt mål för ett drogfritt liv. Nirje (2003, s. 152) menar att människor som ses som avvikande inte ska sträva efter det som betraktas som ”normalt”, utan det handlar om att vår omvärld ska anpassa sig efter de avvikande och deras behov. Enligt Tideman (2000, s.

53) finns det sedan tre synsätt inom normaliseringsprincipen, ett utav dessa är statistisk normalitet. Det innebär att personen som betraktas som avvikande ska få ett så normalt liv som möjligt. Personens miljö ska vara likvärdig alla andras. Det finns en likhet mellan behandlingshemmets arbetsätt med både Nirjes och Tidemans uttalande.

Behandlingshemmet vill att deras behandling ska formas och utföras efter patienternas förutsättningar. Intervjupersonen på behandlingshemmet menar vidare att ADHD-medicin är tillåtet på behandlingshemmet om det är i behov för personens tillfrisknande. Det kommer många personer som sedan tidigare har fått en slarvigt utredd ADHD-diagnos och därigenom fått igång medicinering som egentligen inte är aktuell för personen. Detta kan förstås utifrån Conrads kritik mot medikaliseringsteorin. Conrad (2007, s. 146) menar att det har blivit en trend att fastställda sjukdomar och diagnoser på människor. Denna trend har enligt Conrad (2007, s. 146) lett till att vissa läkare gör alltför snabba och slarviga utredningar där det inte finns tillräckligt med underlag för att fastställa en diagnos. För att personalen på det behandlingshem vi gjorde vår intervju ska försäkra sig om att det finns en gedigen ADHD-utredning hos patienten utförs det därför ADHD-utredningar på uppdrag från exempelvis Socialtjänsten. Behandlingshemmet tar dock alltid hänsyn till patientens diagnos och medicinering under tiden på behandlingshemmet. I vårt teoriavsnitt 5.1 om normalisering finns ett citat från Nirje (2003, s. 94) där han menar att oavsett vilken diagnos en person har och vilken medicinering personen behöver är det viktigast att finna sig själv, acceptera sig själv och förstå andra och sin omvärld. Det för att kunna bli tillfredsställd med sig själv och för att kunna jobba med sin diagnos. Som vi skrev ovan har behandlingshemmet ett arbetsätt som är grundat utifrån tolvstegsmodellen. Behandlingshemmet pratar om vikten av andlighet och menar precis som Nirje (2003, s. 94) att patienten först måste finna sig själv samt finna en tro för att kunna bli hjälpt för sin ADHD och beroendeproblematik. Behandlingshemmet förtydligar att tron inte behöver vara på en religion utan det kan vara vad som helst i patientens vardag och liv.

En gemensam nämnare som intervjupersonerna framhöll var att många av de ADHD-utredningar som görs inte blir ordentligt utförda. Intervjupersonerna menar att det finns för lite material om den utredda personens barndom, psykiska och fysiska hälsa, miljöfaktorer samt beteende. En persons beroendeproblematik kan leda till att personen får hjärnskador vilket kommer att påverka personens beteende. Beteendet kan likna de symptom som finns vid

ADHD. Läkaren på Beroendecentrum menar därför att det är viktigt att inte stirra sig blind på ADHD utan att vi istället ser helhetsperspektivet. Vidare visar våra intervjuorganisationer ett accepterande av ADHD-medicinering om personen har en gedigen utredning och är i behov av medicinen. Dock arbetar inte några av organisationerna specifikt utefter ett ADHD-anpassat behandlingssätt. Det som i första hand prioriteras i personens behandling är personens beroendeproblematik.

6.3 Hinder med ADHD-medicin

Enligt SBU:s rapport finns det hinder med ADHD-medicin för personer som har en ADHD-diagnos och en samtidig beroendeproblematik av narkotika eller alkohol (SBU 2013b; s. 34). Även läkaren på Beroendecentrum uttalade sig om de hinder som kan uppstå.

”...socialsekreterarna hetsar upp sig och är fruktansvärt pushande på att något ska hända snabbt. Som läkare sitter man då istället med tre patienter, en missbrukare som kanske ser alla chanser för att ta ett nytt preparat samt två socialsekreterare som är otroligt svåra att föra en diskussion med. Ibland känns som att man har tre patienter som man pratar med. Så det finns ett väldigt tryck av olika delar av samhället ” (Intervju på Beroendecentrum, 2014-04-25).

Läkaren menar att patienterna och systemet, exempelvis Socialförvaltningen, tycks tro att den centralstimulerande medicin som finns för ADHD gör patienterna till flitiga skattebetalare och är en lösning på dess övriga problem. Precis som läkaren på Beroendecentrum anser även Socialförvaltningen att klienten har en övertro på medicinen. Det är lätt hänt att ADHD medicin sätts i fokus men för att uppnå ett lyckat resultat är det viktigt att först ta hand om de sociala faktorerna runt om (SBU 2013a; s. 16). Även Conrad menar (2007, s. 150) att det finns en övertro på medicineringen och att det ska lösa alla problem. Medikaliseringen och tron på läkemedel har lett till att medicineringen har ökat samt att många patienter ser det som en sista utväg för att lösa patientens problematik (Conrad 2007, s. 150). Läkaren på Beroendecentrum menar att ADHD-medicinering inte ska vara någon substitutionsbehandling för amfetaminberoende. Det ska endast vara för personer med en gedigen ADHD-utredning som behöver medicineringen för att lindra sina ADHD-symptom.

”I strävan efter normalisering ligger en grundläggande värdering om att det normala alltid är eftersträvansvärt. Så är självfallet inte alltid fallet” (Tideman 2000, s. 62).

ADHD-medicin ska leda till att personer ska kunna leva ett så normalt liv som möjligt. Precis som Tideman i citatet ovan menar läkaren på Beroendecentrum att alla människor varken kan eller vill befinna sig inom normalsträcket, och därför fungerar inte ADHD-medicin för alla. Det kommer alltid att finnas personer i samhället som inte befinner sig inom normalkurvan vilket är okej så länge personen i fråga själv accepterar det.

Personer med en beroendeproblematik har en ökad risk för att missbruka ADHD-medicin (Timothy E. Wilens M.D 2004, s. 39). Lika stor risk har personer med en ADHD-diagnos att utveckla ett beroende av droger och alkohol. Under en av våra intervjuer på Socialförvaltningen pratade vi med en socialarbetare om själv har en ADHD-diagnos. Socialarbetaren förklarade en ADHD-persons belöningssystem utifrån sitt perspektiv och erfarenheter.

”Till exempel om någon här inne hade bjudit på en kaka så hade vi alla tre suttit och suktat efter kakan. Men ni hade tänkt att det skulle bli gott med lunch, visst är ni hungriga men det känns skönt på det som komma skall. Jag däremot, utan min tablett, får aldrig denna känsla. Jag får inte en förhöjning i belöningssystemet, på det viset, bara för att jag vet om det. Däremot när vi kommer till smörgåsbordet och jag tar min första tugga höjs belöningssystemet, och det är även problemet med missbruk” (Intervju på Socialförvaltningen 2014-04-08).

För att tydliggöra citatet ovan menar intervjupersonen att han inte kan hantera sina impulser när han inte tar sin ADHD-medicin. Det kan leda till ovanstående situation eftersom han inte kan vänta på vad som ska komma närmast. Intervjupersonen menar vidare att för personer som har en beroendeproblematik och en ADHD-diagnos ser belöningssystemet annorlunda ut än hos de personer som inte har ADHD. Desto starkare drog desto mer belöning känner personen vilket leder till att ett beroende utvecklas snabbare. På grund av detta belöningssystem menar socialarbetaren att ADHD-medicinering utgör ett stort hot för personer som har en ADHD-diagnos och en samtidig beroendeproblematik. ADHD-medicineringen är narkotikaklassad och enligt Beroendecentrum, Kriminalvården och

Socialförvaltningen framkom det att ADHD-medicin kan brukas på ett sätt som gör det lättare att missbruka den, exempelvis genom snortning och injicering.

Utifrån vår intervju med behandlingshemmet och Beroendecentrum framkom det att de har haft patienter med ADHD och en beroendeproblematik som har sagt nej till ADHD-medicin. Det på grund av att medicinen gav personerna ett rus och en obehaglig känsla av att bruka narkotika igen. Enligt medikaliseringen tillhör en person normen om personen tar sin ADHD-medicin. Väljer personen att inte medicineras kan han eller hon ses som avvikande i ännu en grad (Conrad 2007, s. 146). Även Tideman (2000, s. 53) skriver om det avvikande beteendet. I ett av hans tre synsätt, individuell eller medicinsk normalitet, skriver han om vikten av behandling för att nå normalitet. Patienten måste tränas för att bli normal och det kan ske genom olika behandlingar. Om patienterna på behandlingshemmet och Beroendecentrum hade accepterat medicineringen för sin ADHD hade de utifrån ovan nämnda teorier setts som mindre avvikande.

I avsnitt 6:2 skriver vi om felaktigt utredda diagnoser och att de ställs för lätt. Kriminalvården och Beroendecentrum menar att det kan leda till ett legalt användande av den narkotikaklassade ADHD-medicinen där personen i fråga egentligen inte är i behov utav medicinen. Även Socialförvaltningen har en åsikt i huruvida medicinen utdelas. De anser att det förekommer försäljning av den utskrivna medicinen vilket skapar en problematik. I 6:2 skriver vi även om Socialförvaltningens strävan efter att jobba utifrån klienternas önskemål. Socialförvaltningen menar dock att det uppstår ett hinder när vissa behandlingshem inte tar emot klienter som behöver ADHD-medicin. Detta kan enligt Socialförvaltningen resultera i två utvägar, antingen får klienten ha kvar sin medicin men gå ett behandlingsprogram som den själv inte tror på, eller får klienten vara utan sin medicin men gå ett behandlingsprogram som denne vill. Om klienten inte tar någon medicin resulterar det dock i att klienten har svårare för att koncentrera sig och vara aktiv under behandlingen.

Ett hinder som varje organisation uttalade sig om under våra intervjuer var problematiken i att ge klienterna eget ansvar i att hantera medicinen. Våra intervjupersoner menar att när personen väl kommit igång med medicineringen och fått utskriven medicin för en längre period blir det svårt att ta medicinen enligt ordination. Eftersom viss ADHD-medicinering är

beroendeframkallande kan det lätt resultera i en självmedicinering och en höjning av dosen som leder till ett fortsatt beroende (SBU 2013b; s. 326).

6.4 Möjligheter med ADHD-medicin

ADHD-medicineringens möjligheter finns även dem. Personer med en ADHD-diagnos har ofta sömnproblem och enligt läkaren på Beroendecentrum beror det bland annat på att dessa personer har svårt för att stänga av sitt tankesystem när de ska sova. Läkaren på Beroendecentrum och den socialarbetare som själv har en ADHD-diagnos förklarade att ADHD-medicin ger personerna jämn vakenhet under dagen. Personer med ADHD har svårt för att koncentrera sig och ta in information under dagen. Enligt läkaren på Beroendecentrum försöker därför dessa personer att självaktivera sig för att behålla sin koncentration, till exempel genom att svänga på benen och vara uppe och röra på sig. Läkaren på Beroendecentrum menar att många i personens omgivning tror att personerna är hyperaktiva och stressade. Så är dock inte fallet då de istället försöker hålla sig vakna. Läkaren menar vidare att ADHD-medicinering leder till att de känner sig avslappnade och koncentrerade under dagen. De får därför lättare för att koppla av på kvällen och blir naturligt trötta vilket leder till förbättrad nattsömn.

Beroendecentrum, Kriminalvården och de Socialförvaltningar vi har intervjuat menar att de personer som blir utredda, får en diagnos och blir insatt på medicin har större chans att få bättre livskvalité än de personer som självmedicinerar. Det på grund av att medicineringen är under kontroll vilket minskar risken för senare problem i personens liv (SBU 2013b; s. 34). Medicineringen ökar förutsättningarna för goda sociala faktorer, såsom sysselsättning, ekonomi och socialt nätverk. ADHD-medicin kan även leda till att självmedicineringen minskar eller försvinner helt vilket leder till att personerna har större möjlighet att komma till rätt med sitt beroende. Inom normaliseringsprincipen pratas det om integration vilket enligt Nirje (2003, s.123) innebär möjligheten att få vara sig själv med andra. Det finns flera typer av integration, bland annat social integration och funktionell integration. Social integration innebär hur en person förhåller sig till andra personer och funktionell integration innebär hur personen i sin tur fungerar med andra i samhället (Nirje 2003, s. 123). Ovan nämner vi den förbättrade livskvalitén som en person kan få vid ADHD-medicin. Enligt våra intervjupersoner ökar integrationen genom ADHD-medicin. Det på grund av att personerna

får lättare för att slappna av och kontrollera sitt beteende vilket leder till en trygghet i sig själv.

Det tredje synsättet inom normaliseringsprincipen, normativ normalitet, innebär att alla personer ska ha ett drägligt liv och möjlighet att nå sina mål, exempelvis studera, arbeta och ha ett eget hem. Är det möjligt för en person med ADHD och en beroendeproblematik av alkohol och narkotika att uppnå det tredje synsättet, normativ normalitet, utan medicin? Från Socialförvaltningen framkom det att många ungdomars studiemotivation ökade när de blev insatta på ADHD-medicinering eftersom de upplevde att de kunde sitta still och koncentrera sig i mer än fem minuter. Enligt intervjupersonen som har en ADHD-diagnos blev dennes dyslexiproblematik minskad vid medicinering utav ADHD-medicin. Conrad (2007, s. 146) nämner medikaliseringens positiva sidor och menar att läkemedlets utveckling ledde till förbättrad hälsa. Anledningen till dess förbättrade hälsa var för att personen blev behandlad i tid och kunde på så vis undvika allvarligare sjukdomar. Om en person med ADHD får medicin för sin diagnos i tidig ålder minskar risken för att personen ska hamna i ett senare beroende (Conrad 2007, s. 146). Även Socialarbetaren uttrycker sig om att insatt ADHD-medicin i tidig ålder leder till minskad risk för ett beroende med 85 % i vuxen ålder. Kriminalvården menar även att det kommer att kosta samhället mindre pengar om ADHD-medicinering är insatt och fungerande för personen. Kriminalvården hävdar att ADHD-medicinering minskar på beroendevården då färre personer hamnar i fängelse, vilket är en faktor som kostar samhället stora pengar.

6.5 Brister i samarbetet mellan organisationerna

Klienter med både ADHD och beroendeproblematik har ofta kontakt med många olika organisationer samtidigt. Det är flera delar som ska stämma överens för att det ska bli ett gott slutresultat för klienten. Vidare är det viktigt att både Beroendecentrum, Socialförvaltningen, Kriminalvården och behandlingshem samarbetar och har en god kommunikation sinsemellan. Genom den information som kom fram under våra intervjuer ser vi ett samarbete som inte alltid fungerar. Alborn (2012, s. 514) menar att en god samverkan mellan organisationen är nödvändig för ett gediget arbete. Dock uppstår det ofta samarbetsproblem eftersom organisationer har skilda arbetssätt och värderingar.

”Det jag tycker kan vara svårt ibland är att motivera läkaren att ta emot klienten - 'om vi kan hjälpa klienten i behandlingen kan ni då stå för medicineringen?'. Då ställer de rätt höga krav, att klienten först ska ha varit drogfri i tre månader. Om vi sätter en klient i behandling är det bra om man kan medicinera omgående, men har de då sina krav att klienten ska ha varit drogfri i tre månader så ställer det till det. Det är svårt att möta upp där och samarbeta med dem. Allting handlar om vilken klient det är, vilken läkare man träffar” (Intervju på Socialförvaltningen 2014-04-23).

Socialförvaltningen och Beroendecentrum har skilda åsikter om huruvida arbets sättet ska se ut gentemot klienten. Läkaren på Beroendecentrum känner en behandlingsfrustration över att socialsekreterare ofta trycker på att utredning och medicinering ska gå så snabbt som möjligt. Läkaren menar vidare att socialsekreterare inte förstår den tid som måste läggas ner på varje enskild patient, samt att andra psykiska och fysiska skador kan vara orsaker till problemen, och då är ADHD-medicinering inte lämplig. Både Beroendecentrum och Socialförvaltningen är måna om sina patienter och klienter men deras tankesätt skiljer sig åt. Socialförvaltningen har en strävan, i den mån det går, att få sina klienter att befinna sig inom den gräns som betraktas som normal. Utifrån normaliseringsprincipen menar Tideman (2000, s. 61) att det inte alltid går att sträva efter det normala då det är ett svårdefinierat begrepp. Det som är normalt för en socialsekreterare kan vara onormalt för en annan. Enligt Tideman (2000, s. 62) är det inte viktigt att personer som har en diagnos ska befinna sig inom normalsträcket. Istället är det väsentliga att de får ett drägligt och fungerande liv, där personerna får röra sig fritt i samhället och kan känna att de har frihet att få bestämma över sig själva. Vidare är det viktigt att de professionella försöker förstå sina klienter och arbetar utifrån klienternas förutsättningar. Det professionella arbetet ska inte endast utgå ifrån normalkurvan, utan istället måste de professionella acceptera klienternas önskemål om vad som är normalt för dem (Tideman 2000, s. 62).

Läkaren menar att även behandlingshem har dålig framförhållning i sitt arbete. Enligt läkaren på Beroendecentrum ringer vissa behandlingshem tre dagar innan patientens hemsluss och medicinering ska vara igång. Detta påverkar läkarens arbete och det blir en frustration över att inte kunna hjälpa de patienter som är i behov av medicin. Läkaren menar vidare att det blir konflikter om betalningsansvaret och om vem som ska stå för kostnaden för patientens

behandling mellan olika Socialförvaltningar. Socialförvaltningen menar istället att psykiatrin har ett långsamt arbetssätt samt att det är ett lotteri över vem som blir utredd och får hjälp.

Tideman (2000, s. 56) menar att personer med funktionshinder behöver all hjälp och stöd som de kan få av samhället. Vidare menar han att samhället ska se till att personer med ett avvikande beteende inte känner sig utanför. Utifrån våra intervjuer konstateras det att organisationerna inte alltid lever upp till den gedigna bilden över hur, enligt normen, ett bra samhälle ska se ut. Enligt normaliseringsprincipen har våra intervjuade organisationer ett felaktigt arbetssätt och det på grund av att organisationerna inte alltid kan ge personer det stöd som de är berättigade till. Även våra intervjuorganisationer ser själva en brist i deras arbetssätt samt samarbetet sinsemellan. Både Kriminalvården, Beroendecentrum och Socialförvaltningen uttryckte att alla organisationer ofta har ett isolerat arbetssätt. Organisationerna har ett tunnelseende och fokuserar för mycket på sitt eget uppdrag och glömmer bort att se helhetsbilden för den person som behöver hjälp. Exempelvis menar Socialförvaltningen att de stora organisationer som ska finnas till för att hjälpa en människa, såsom Polisen, Försäkringskassan och Skatteverket ofta har en icke välkomnande miljö. Det leder till att personerna som är i behov av hjälp känner sig små och bortkomna. Nirje (2003, s. 123) pratar om en vi och dem känsla, där de utsatta lätt blir marginaliserade i samhället. Genom att ha ett icke välkomnande bemötande på exempelvis Polisen, Försäkringskassan och Skatteverket är det lätt att denna vi och dem känsla ökar och skapar ännu större skillnader i samhället.

7. Slutdiskussion

I följande avsnitt kommer vi att redogöra för vår ovan nämnda analys. Vi kommer även att ta upp nya frågeställningar och tankar som har kommit till oss under studiens gång. Detta kommer vi att diskutera utifrån vårt eget perspektiv.

Vårt syfte med vår studie var att undersöka ADHD-medicineringens hinder och möjligheter för personer med ADHD och en samtidig beroendeproblematik i form av alkohol och narkotika. Vi valde att undersöka vårt syfte utifrån tre frågeställningar vilket vi nedan kommer att besvara.

7.1 Vad finns det för ADHD-medicin?

ADHD-medicinen skiljer sig åt beroende på individen och vart personen i fråga vänder sig. Utifrån vår analys och de organisationer vi valde att intervjua är det vanligaste läkemedlet för personer med ADHD Metylfenidat, vilket kan vara läkemedel som Ritalin och Concerta. Dessa läkemedel rekommenderas för personer som utöver sin ADHD har ett beroende då de är svårare att missbruka på grund av kapselns utformning. Dock är både Ritalin och Concerta narkotikaklassade läkemedel och har därför beroendepotential. Det utgör i sin tur en risk för de personer som har en ADHD-diagnos och en samtidig beroendeproblematik. Risken innebär att personerna inte kommer att klara av att hantera ADHD-medicineringen enligt utsatt mängd.

7.2 Vilka möjligheter och hinder kan ADHD-medicinering ge personer med beroendeproblematik och en samtidig ADHD-diagnos?

ADHD-medicineringens möjligheter för personer med ADHD och en beroendeproblematik i form av alkohol och narkotika är möjligheten till förbättrad livskvalité, såsom arbete, ekonomi, relationer och utbildning. ADHD-medicin leder till att personer får en jämn vakenhet och förbättrade sömnrutiner. Det leder i sin tur till ökad studiemotivation på grund av att de fokuserar bättre. Det finns även större chans att personer med ADHA och en beroendeproblematik slutar att självmedicinera om de får insatt ADHD-medicin för sin utredda diagnos.

Läkemedlets hinder för personer med ADHD och en samtidig beroendeproblematik är medicinens ökade risk till ett beroende. Som vi skrev ovan finns det beroendeframkallande läkemedel, och det kan därför bli svårt för personen att hantera preparaten. Det finns behandlingshem för beroendevård som inte accepterar ADHD-medicin i samband med behandling för beroende av alkohol och narkotika. Det leder till att valet av behandling och behandlingshem blir begränsat för personer som är i behov av ADHD-medicin. Det är därför vanligt att patienterna inte tror på sin behandling vilket i sin tur resulterar till ett sämre slutresultat, och att det slutgiltiga målet om ett drogfritt liv inte nås. Det finns även en övertro på ADHD-medicineringen. Både Beroendecentrum och Socialförvaltningen menar att klienten ofta tror att enbart medicin ska lösa deras livssituation. Så är dock inte fallet utan det krävs även åtgärder från den sociala faktorn.

7.3 Vad finns det för insatser för personer med beroendeproblematik och ADHD på olika institutioner?

De insatser som finns för personer med ADHD och en samtidig beroendeproblematik är knappa enligt våra intervjupersoner. Enligt våra intervjupersoner finns det ingen ren behandlingsform för ADHD och beroende, utan behandlingen fokuserar i första hand på personens beroendeproblematik. Den ökade ADHD-diagnostiseringen har trots allt medfört att Kriminalvården försöker att utveckla sina behandlingsinsatser, exempelvis QB-test där det sker en screening av hjärnan för att se om personen uppfyller de symtom som finns för ADHD. Kriminalvårdens kognitiva behandlingsprogram blir även allt mer anpassat för personer som tillsammans med sitt beroende har en ADHD-diagnos. Programmet är väldigt flexibelt och anpassas efter individens förutsättningar och behov. Det behandlingshem vi intervjuade har inte ett specifikt ADHD-program men precis som Kriminalvården anpassar de sig mycket utefter varje individ. Om en person har ADHD ses det som självklart att personen ska få fortsätta med medicinen under behandlingstiden, om denne har en gedigen utredning samt är i behov utav medicin.

7.4 Egna reflektioner utifrån analys och resultat

Under uppsatsens tid har funderingar och frågor utvecklats om vårt ämne. Vi har blivit förvånade över de få insatser som finns för vuxna personer med ADHD och en beroendeproblematik i form av narkotika och alkohol. Medikaliseringens utveckling medförde att ADHD och beroende blev medicinska begrepp och därav även en diagnos och en sjukdom (Conrad, 2007, s. 67). Med detta utvecklades läkemedel och behandlingar för att mildra personens ADHD och beroende. Utifrån våra intervjuer finns det fortfarande inte tillräckliga behandlingar för personer med ovanstående problematik. Våra intervjupersoner menar att det är en relativt stor grupp människor som både har ADHD och ett beroende av alkohol eller narkotika. Det är även en grupp som redan är utsatt i samhället och känner sig utpekade och diskriminerade (SBU 2013a; s. 106). SBU (2013b; s. 34) hävdar att det finns stora kunskapsluckor i behandlingen för dessa personer. Därför menar vi att det borde göras något åt de rådande kunskapsluckorna då samhället måste prioritera mer resurser samt tid för att utveckla rena behandlingsinsatser för ADHD och beroendeproblematik. Personer med ADHD och ett beroendeproblem tillhör en av de grupper som är mest marginaliserade i samhället (SBU 2013b; s. 34). Detta är i sin tur ännu en anledning till varför mer fokus borde läggas på dessa personer. Alla människor ska vara berättigade till den vård de behöver, och då även gruppen med ADHD och beroendeproblem. Vi är dock införstådda att det även finns en ekonomisk aspekt i det hela.

I problemformuleringen citerade vi Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (Lag 1988:870). I lagen står följande, ”Socialtjänsten ska vara vägledande för all vård som syftar till att hjälpa enskilda människor att komma ifrån missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel. Vården ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilda.” I problemformuleringen ställer vi frågan ifall vår undersökta grupp får rättvis hjälp och behandling. Utifrån informationen vi har fått fram genom vår studie kan vi se att det finns åtgärder som borde förbättras i behandlingen. För att få en ADHD-utredning krävs det att personen är missbruksfri i tre månader. Utifrån våra intervjuer framkom det att det är problematiskt för de personer som självmedicinerar mot sin ADHD. Vi anser att det kan liknas vid en ond cirkel eftersom vissa personer behöver preparaten för att klara av vardagen.

Tre månader utan medicin ses som en lång tid för personer med en beroendeproblematik, och utan hjälp för sitt beroende eller sin ADHD blir det nästintill omöjligt att klara av tre månader utan medicin. I många fall klarar personerna inte att hålla sig rena under tre månader utan de börjar återigen självmedicinera. Det leder i sin tur till att de aldrig blir berättigad till en ADHD utredning och blir därav aldrig medicinerade legalt.

Som vi skrev ovan tycker vi att det ska finnas en specifik behandlingsmodell som riktar sig mot personer med en ADHD diagnos och beroendeproblematik i form av narkotika och alkohol. För att behandlingsåtgärderna ska förbättras krävs det dock ett gediget samarbete mellan olika organisationer. Även SBU (2013b; s. 34) menar att det krävs ett bättre samarbete mellan de aktörer som är inblandade i patientens situation. De organisationer som vi intervjuade nämnde själva att de hade ett bristfälligt samarbete sinsemellan. Vi anser att det stundtals läggs för lite fokus på klienten och vad som är bäst för denna person. Den som drabbas mest av det bristande samarbete som finns både inom och mellan organisationer är den enskilda klienten som inte får den heltäckande behandling som denne är i behov utav.

Ett hinder som alla våra intervjupersoner var överens om var problematiken med att ge klienterna eget ansvar för sin medicin. Intervjupersonerna menade att det är en svårighet för klienten att hantera sin medicin när de själva bär ansvaret för sin medicin. Enligt SBU:s rapport, Om psykiatrisk diagnos och behandling (2013a; s. 24) och våra intervjupersoner har det framkommit att det i dessa situationer är vanligt att personerna på eget initiativ ökar sin dos eller säljer medicinen vidare. Våra intervjupersoner tycker att ansvaret är problematiskt och precis som våra intervjupersoner frågar vi oss om det är ett lämpligt tillvägagångssätt att personerna får eget ansvar för de utskrivna narkotikaklassade preparaten? Vi anser att de ska få sin medicin utdelad månadsvis. Vi är dock medvetna om att den korta tidsperioden kan ses som kränkande mot patienterna, men för att minimera risken för legalt missbruk och försäljning av medicinen kan det vara en lösning att skriva ut medicinen med kortare tidsintervaller.

Avslutningsvis anser vi att genom en förbättrad behandlingsvård för personer med ADHD och en beroendeproblematik finns det möjlighet att ADHD-medicineringens nämnda hinder kan minska samtidigt som dess möjligheter ökar. För att återkoppla till vår studies rubrik är

inte piller lösningen på allt. Det finns både hinder och möjligheter med piller. Om personen i fråga kontrollerar sin ADHD-medicin enligt utsatt mängd bidrar ett piller med mycket, men det behövs även sociala åtgärder för att personen ska få en väl fungerande vardag. Som vi nämnde ovan är detta en grupp som ofta känner sig ensamma och bortkomna. Med rätt stöd och behandling finns det möjlighet att känslan av ensamhet minskar för personer med ADHD och en beroendeproblematik i form av alkohol eller narkotika. Med detta skrivit hade det därför varit intressant att fördjupa oss ytterligare i ämnet. Vi skulle vilja göra en liknande studie, men istället fokusera mer på behandlingshem. Eftersom vi har gjort en kvalitativ studie hade det varit intressant att studera behandlingshem utifrån en kvantitativ metod i form av enkäter. Vad finns det för behandlingshem och hur ser behandlingen ut för ADHD och beroendeproblematik på behandlingshemmen runt om i Sverige?

8. Litteraturlista

Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2013). *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

Alborn, Sven-Eric (2012) "Samverkan och organisation inom missbruks- och beroendevård".
I Claudia Fahlke (red): *Handbok i missbrukspsykologi - teori och tillämnning*. Malmö: Liber
AB.

Alborn, Sven-Eric (2012) "Missbruk och psykiatrisk samsjuklighet". I Claudia Fahlke (red):
Handbok i missbrukspsykologi - teori och tillämnning. Malmö: Liber AB.

Beckman, Vanna (2012). *Vuxna med DAMP/ADHD*. Lund: Studentlitteratur

Brar, Annika (2011). *Från busfrö till brottsling? ADHD-behandling bryter mönster*.
Stockholm: Gothia förlag

Bryman, Alan. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Conrad, Peter (1992). "Medicalization and social control", *Annual Review of Sociology*, Vol
18, s. 209-232.

Conrad, Peter (2007). *The Medicalization of Society - on the transformation of human
conditions into treatable disorders*. Baltimore, Maryland: The John Hopkins University
Press.

Eliasson, Ulf (2012). "Hög risk att utveckla ett missbruk". *Alkohol och Narkotika*. Vol 5, s. 4-
6.

Gyllenhammar, Carl (2012) "KBT vid missbruk och beroende" I Claudia Fahlke (red):
Handbok missbrukspsykologi - teori och tillämnning. Malmö: Liber AB.

Hasselgren, Stefan (2012). ”Det räcker inte med ett piller”. *Alkohol och Narkotika*. Vol 5, s. 9-11.

Johnsson, Eva & Laanemets, Leili & Svensson, Kerstin (2009) ”Inledning”. I Johnsson, Eva & Laanemets, Leili & Svensson, Kerstin (red): *Narkotika missbruk – Debatt, behandling och begrepp*. Lund: Studentlitteratur.

Johansson, Katarina & Wirbing, Peter (2005) *Riskbruk och missbruk – alkohol - läkemedel – narkotika. Uppmärksamma, motivera och behandla inom primärvård, socialtjänst och psykiatri*. Stockholm: Natur och kultur.

Jönsson, Håkan. (2010). *Sociala problem som perspektiv. En ansats för forskning och socialt arbete*. Malmö: Liber

Levamedadhd (2014). Medicinering (elektronisk). *Levamedadhd:s officiella hemsida* <
<http://www.levamedadhd.se/index.php/att-leva-med-adhd/behandling/medicinering> > (2014-05-13)

Läkemedelsrådet Region Skåne. (2014). ”ADHD hos vuxna”. *Läkemedelsbulletinen*. Vol. 3, s. 1-6.

Läkartidningen, Vol 104. Nr 18, s.1426-1427. Läkemedelsverket (2011). Narkotika (elektronisk). *Läkemedelverkets officiella hemsida*. <
<http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Foretag/Narkotika/>>(2014-05-13)

Malmström, Ulf. (2007). ”Socialstyrelsen sviker de mest utsatta missbrukarna”.

May, Tim. (2013). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Nirje, Bengt (2003) *Normaliseringsprincipen*. Lund: Studentlitteratur.

Nylander, Ingrid (2012) ”Belöning och beroende - effekter av beroendeframkallande droger på hjärnan”. I Claudia Fahlke (red): *Handbok i missbrukspsykologi - teori och tillämnning*. Malmö: Liber AB.

Caroline Paulsson & Camilla Lindblom
SOPA63
2014-05-26

Platen von, Margaret. (2005). "ADHD är till 75 procent medfött". *Läkartidningen*. Vol 102. Nr 43, s. 3114.

Psykologiguiden (2009). "Neuropsykiatriska diagnoser" (elektronisk), Psykologiguidens officiella hemsida <www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=137> (2014-05-20).

QBtech patient info folder 12-60 SE A (2014)

Region Skåne (2013) "Verktyg i Region Skånes vårdprogram 'Levnadsvanor' " (elektronisk),

<<http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/Halsoinriktad/Levnadsvanor/Alkohol/1303%20Risbruk,%20missbruk,%20beroende.pdf>> (2014-04-15)

SBU (2013) *Om psykiatrisk diagnos och behandling - en sammanställning av systematiska litteraturöversikter*. Statens beredning för medicinsk utvärdering. (A)

SBU (2013) *ADHD - Diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet*. Statens beredning för medicinsk utvärdering. (B)

Svenska Brukarföreningen, Jelvemo Kristina (2014) "Min ADHD-medicin är ett hjälpmedel" (elektronisk), *Svenska Brukarföreningens officiella hemsida* <<http://www.svenskabrukarforeningen.se/node/6670>> (2014-04-27)

Södermalm, Bo (2012) "Neuropsykiatri och missbruk med tonvikt på ADHD" I Claudia Fahlke (red): *Handbok missbrukspsykologi - teori och tillämnning*. Malmö: Liber AB.

Tideman, Magnus (2000) *Normalisering och kategorisering - om handikappideologi och välfärdspolitik i teori och praktik för personer med utvecklingsstörning*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.

Caroline Paulsson & Camilla Lindblom
SOPA63
2014-05-26

Vårdguiden (2013). Beroende och skadligt bruk (elektronisk). *Region Skånes officiella hemsida* < <http://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Beroende-och-skadligt-bruk/>> (2014-05-10)

Vårdguiden (2014). Alkohol och droger, riskbruk och missbruk (elektronisk). *Region Skånes officiella hemsida* < <http://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Alkohol-och-droger-riskbruk-och-missbruk/>>

Wilens, Timothy E.(2004). "Impact of ADHD and Its Treatment on Substance Abuse in Adults". *J Clin Psychiatry* 2004;65, s. 38-45.



Bilaga 1

Informationsbrev till intervjuperson

Vi är två socionomstudenter som läser sjätte terminen vid Lunds Universitet. I nuläget skriver vi en c-uppsats som berör ADHD-medicinering och beroendeproblematik. Vi är bland annat intresserade av att veta mer om medicineringen och om den medför hinder eller möjligheter för de personer som har ADHD och en beroendeproblematik.

Vi har som avsikt att genomföra 6 intervjuer och kommer att genomföras av oss, Camilla Lindblom och Caroline Paulsson. Intervjun beräknas att ta cirka 1 timme men vi är självklart tacksamma för den tid vi kan få med er. Vi vill få en förståelse för hur er verksamhet arbetar med personer som har en ADHD-diagnos samt en beroendeproblematik. Under intervjun kommer teman och frågor som berör vårt syfte att tas upp. Med din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun.

Deltagandet är helt frivilligt och du kan avbryta intervjun när som helst utan närmare motivering. Största möjliga konfidentialitet eftersträvas i undersökningen genom att ingen obehörig får ta del av materialet. Vår c-uppsats resultat kommer att redovisas så att du och din arbetsplats inte kan identifieras.

Vi skulle bli väldigt glada om du skulle vilja ställa upp på en intervju. Vi ber dig att ge oss svar till våra kontaktuppgifter nedan. Vid uteblivit svar kommer vi att försöka ta kontakt med dig via telefon. Om du har några frågor får du gärna höra av dig till oss.

Med Vänliga Hälsningar

Camilla Lindblom och Caroline Paulsson

Kontaktuppgifter.

Caroline Paulsson

E-post: caroline.paulsson.@student.lu.se

Tfn: xxx xx xx xxx

Camilla Lindblom

E-post: camilla.lindblom.@student.lu.se

Tfn: xxx xx xx xxx

Handledare: Eva-Malin Antoniusson, e-post: eva-malin.antoniusson@soch.lu.se

Bilaga 2

Intervjuguide

Vi kommer att börja berätta om oss själva, vilka vi är och vad vi gör. Vi kommer återigen förklara uppsatsens syfte samt varför vi vill intervjua dem.

Studiens syfte: Hinder och möjligheter med adhd-medicinering för personer som har ADHD och ett samtidigt beroende

Frågeställningar: Vad finns det för ADHD-medicin? Behandlingsmöjligheter? Hinder och möjligheter?

Bakgrundsfrågor

- Vem är intervjupersonen?
 - Vad för utbildning har intervjupersonen? Vad har de andra anställda för utbildning?
 - Hur länge har intervjupersonen arbetat på arbetsplatsen?
-
- Kan ni börja med att berätta om er organisation? Varför söker sig personer hit?
 - Hur många av klienterna har en fastställd ADHD-diagnos?
 - Hur många har en beroendeproblematik?
 - Hur ser arbetet ut med klienterna när de kommer till er? Några särskilda tester som alla måste genomgå?
 - Vilka insatser har ni för klienterna? (behandlingsinsatser/program)
 - Om ni misstänker att någon av klienterna har ADHD men att denne inte har någon diagnos, påbörjar ni då en utredning för personen? Varför/Varför inte?
 - Ser era behandlingsinsatser likadana ut för alla klienter? Finns det särskilda insatser för personer med både ADHD och ett beroende?
 - Får klienterna ta sin ADHD-medicin tillsammans med den andra behandlingen? Varför/Varför inte?
 - Vilka hinder/möjligheter tror ni att ADHD-medicin kan leda till för de personer som även har ett beroende?
 - Studier visar att personer som har en ADHD-diagnos har större risk för att hamna i ett beroende. Tror ni själv att det finns ett samband mellan ADHD och beroende? Varför/varför inte?
 - Anser ni det vara svårare eller lättare hjälpa de personer som både har ADHD och ett beroende än de personer som enbart har ett beroende?

- Hur upplever ni att klienterna reagerar på den behandling som de får? Positivt/negativt
- Vilken attityd upplever ni att era patienter har till ADHD-medicinen som ges?
- Hur går det till vid hemsluss? Hur följer ni upp de intagna?
- Hur vanligt är det att klienterna får återfall?
- Samarbete med annan personal?
- Anser du att er arbetsplats har ett fulländat arbetssätt för dessa personer? Räcker resurserna eller är det något som behöver förbättras.

Bilaga 3

Begreppsbeskrivning

ADHD. Bokstavskombinationen står för Attention Deficit Hyperactivity Disorder och är klassad som en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Symtom för en person med ADHD är uppmärksamhetsproblem, impulsivitet och överaktivitet (Läkemedelsrådet 2014, s. 1)

ADHD-medicin. Läkemedel som ska hjälpa och förbättra de huvudsymtom för ADHD, det vill säga ouppmärksamhet och impulsivitet (Levamedadhd 2014-05-13).

Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. En person med en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning har en hjärna som arbetar och fungerar annorlunda. Det leder till olika svårigheter i personens vardag. En av den vanligaste neuropsykiatriska funktionsnedsättningen är ADHD (Nyman 2009).

Beroende. Ett beroende innebär att en person använder sig av substanser, exempelvis alkohol, narkotika, som de inte längre klarar av att hantera. För att bli av med ett beroende måste personen få professionell hjälp (Vårdguiden 2013).

Missbruk. Missbruk är en sjukdom samt en psykiatrisk sjukdom, där personens intag av drogen eller alkohol varierar under tid (Region Skåne 1303.)

Bruk. Bruk eller även kallat riskbruk innebär att en person brukar narkotika eller alkohol för att uppnå en viss tillfredställelse (Region Skåne 1303).

Narkotika. Narkotika är ett samlingsnamn för illegala beroendeframkallande medel (Läkemedelsverket 2011).

Alkohol. Alkohol klassas som en drog som man blir påverkad utav. En drog är i sin tur giftig och för stor konsumtion kan leda till ett beroende (Vårdguiden 2014).

Caroline Paulsson & Camilla Lindblom
SOPA63
2014-05-26

Självmedicinering. När en person medicinerar sig själv illegalt för att dämpa känslor som ångest och obehag (Alborn 2012, s. 251).

Centralstimulerande medel. Godkända läkemedel som exempelvis amfetamin och kokain (Nylander 2012, s. 139).