



LUNDS UNIVERSITET

DIGITAL KONTROLL SOM LÖSNING NÄR STIGMATISERINGEN AV ALKOHOLISM SKAPAR HINDER FÖR ATT TILLFRISKNA

EN KVALITATIV STUDIE KRING ANVÄNDARNAS UPPLEVELSER AV ETT DIGITALT
VÅRDVERKTYG INOM BEROENDEVÅRDEN

JESSECA ERIKSSON

Kandidatuppsats: SOCK04, 15 hp

Handledare: Birgitta Ericson

Abstract

Svensk abstrakt. Digital teknik inom beroendevården och användarnas upplevelser av dessa är ett relativt outforskat område och då stigmatisering av substansberoende, i detta fallet alkoholism, utgör ett hinder för individer att både söka hjälp och upprätthålla en nykterhet. Denna studie syftar till att undersöka vilken roll det digitala vårdverktyget TripleA fyller i åtta användares liv i relation till deras missbruk och/eller beroende samt vilken funktion digitala kontrollmedel kan fylla i svensk beroendevård. Det kvalitativt insamlade materialet är analyserat utifrån Erving Goffmans och Norbert Elias teorier kring stigmatisering och avvikande och hela arbetet har fortgått utifrån ett hermeneutiskt förhållningssätt. Studien indikerar på att digitala vård- och kontrollverktyg inom beroendevården kan överbrygga en del av de hinder som användarna upplever för att söka eller ta del av en missbruksbehandling, ger en större sjukdomsinsikt med positiv inverkan på den personliga identiteten och att kontrolldelen kan ha en läkande effekt på relationerna i användarnas närmaste nätverk.

English abstract. Digital technology in the addiction care sector and the user's experiences of this is a relatively unexplored area, and stigmatization of substance dependence, in this case alcoholism, constitutes an obstacle for individuals to seek help and to maintain sobriety. This study aims to investigating the role of the digital care tool TripleA in the lives of eight users in relation to their addiction, and what function digitalized control can fill in Swedish addiction care. The qualitatively collected material is analysed using Erving Goffman's and Norbert Elias' theories of stigmatization and deviation and the whole work is based on a hermeneutical approach. The study indicates that digital care and control tools in the addiction care sector can overcome some of the barriers experienced by users in seeking or taking part of an addiction treatment, giving a greater insight in the disease with a positive impact on the personal identity. The control part also may have a healing effect on the relationships in the user's closest network.

Nyckelord: beroendevård, digitala vårdverktyg, digital kontroll, stigma, alkoholism

1. INLEDNING	1
BAKGRUND	1
2. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	2
SYFTE	2
FRÅGESTÄLLNINGAR	2
BEGREPPSFÖRKLARINGAR OCH FÖRKORTNINGAR	3
HVB	3
ALKOHOLISM	3
3. TEORETISKA PERSPEKTIV	4
STIGMA	4
KRITIK TILL TEORIN	7
4. TIDIGARE FORSKNING	8
SUBSTANSBEROENDERELATERAD FORSKNING	8
DIGITALA KONTROLLMEDEL INOM SJUKVÅRDEN	9
5. METOD	11
KVALITATIV METOD	11
HERMENEUTISKT FÖRHÅLLNINGSSÄTT	11
KVALITATIVA INTERVJUER/ INSAMLANDET AV EMPIRI	11
FÖRFÖRSTÅELSE	12
RESPONDENTER	12
URVAL	12
PROCEDUR OCH BEARBETNING AV MATERIAL	12
BEGRÄNSNINGAR	13
ETIK	14
6. RESULTAT OCH ANALYS	14
KONTROLL	14
ANHÖRIGA	14
ARBETSPLATS	17
SAMHÄLLE	19
IDENTITET	21
7. AVSLUTANDE DISKUSSION	23
8. REFERENSLISTA	26
TRYCKT LITTERATUR	26
ARTIKLAR	27
MEDIA	27
9. BILAGOR	28
INTERVJUGUIDE	28

1. Inledning

Bakgrund

I Sverige finns det, enligt CAN, 446 000 personer som är beroende av eller missbrukar alkohol. Statistiskt sett innebär detta att ungefär 70% av befolkningen har någon med ett alkoholberoende eller ett riskfyllt drickande i sitt närmaste nätverk. I USA är siffrorna liknande och enligt Weathers' är det endast en av tio aktiva substansberoende i USA som är under behandling och en stor del av anledningen till varför det är så låga siffror beror enligt honom på den stigmatisering som finns kring substansberoende (2014). Ur en biologisk synpunkt påverkar ett substansberoende hjärnan och dess belöningssystem och en mer utförlig genomgång av alkoholberoende ges under avsnittet för begrepp.

Precis som i resten av samhället så digitaliseras också missbruksvården och ett av de nya verktygen som kommit ut på marknaden och som används aktivt inom både socialtjänst och den privata sektorn är TripleA, ett vårdsystem som består av en trådlös alkoholmätare, en applikation (hädanefter kallad "app") till mobiltelefonen och en vårdportal som är kopplad till den alkohol- och drogterapeut som klienten är kopplad till. Förutom att användas som en del av en missbruksbehandling kan vårdsystemet enligt tillverkaren även användas som ett redskap för att upptäcka riskbeteenden och möjliggöra en åtgärd av dessa i ett tidigt skede.

Produkten fungerar genom att appen uppmanar klienten till regelbundna nykterhetstester där kameran på telefonen som alkoholmätaren kopplas in i, tar ett foto på patienten vid blåsning så att det säkerställs att det är rätt person som blåser. Det ges även möjlighet för klienten att i appen svara på ett antal frågor som sedan vårdgivaren kan följa upp och som ligger till grund för statistik och data som sedan kan fungera återfallspreventivt. Det finns även möjlighet för arbetsgivare, anhöriga eller andra kontaktpersoner att ta del av resultatet vilket kan vara givande i de fall arbetsgivaren betalar för en anställds missbruksbehandling eller i de fall en förälder vill bevisa att denne har upphört med sitt missbruk/riskbruk för att trygga den andre föräldern vid delad vårdnad.

Tanken bakom TripleA är enligt tillverkarna inte att vårdsystemet ska ersätta konventionell beroendevård utan vara ett komplement till denna då återfallsfrekvensen hos klienter som behandlats på HVB för alkoholmissbruk är relativt hög. Inom tvångsvården låg återfallsfrekvensen 2006 på mellan 31 och 41 procent (SOU 2006:57, s.39). Dock bör det tilläggas att mörkertalet kan vara stort då bortfallet i undersökningar riktat mot tidigare

tvångsomhändertagna klienter tenderar att vara stort och att kontrollerna av de tidigare behandlade alkoholvanor sker genom telefonintervjuer.

I en publikation från Akademiska sjukhusets avdelning Innovation skriver de att TripleA ska kunna ge klienten ökat stöd, frihet och integritet trots ökad kontroll och snabbare hjälp vid behov (Akademiska, 2015). Det finns även en del rapporter från bland annat Socialförvaltningen i Uppsala kommun som behandlar användningen av platsobunden nykterhetskontrollns ekonomiska för och nackdelar (Uppsala kommun, SCN-2016-006). Dock finns det ingen kvalitativ studie om hur användarna av produkten upplever skillnaden mellan tidigare behandlingar och tillägget av TripleA även om klienternas synpunkter tas till hänsyn i ovanstående rapport.

2. Syfte och frågeställningar

Syfte

Syftet med studien är att studera användare av TripleA som tidigare genomgått konventionell behandling för alkoholmissbruk för att ta reda på deras upplevelser av det digitala vård- och kontrollsystemet och om det tillför något som tidigare saknats av användarna. Enligt SKL riskerar den som definieras som missbrukare att bli utsatt för samhälllig kontroll, vilket är tydligt i det här sammanhanget, vilket resulterar i risk för regression, misstro och avståndstagande från andra människor. Att identifiera sig som missbrukare och därmed avvikare kan ha en negativ påverkan på utgången av behandlingen oavsett individens motivation då samhällets syn på missbruk och beroende tenderar att inverka på individens syn på sig själv och upprätthållandet av den identitet en tilldelats kan leda till återfall i missbruket. Utifrån detta är det väsentligt att det inom beroendevården utvecklas nya metoder och att dessa utvärderas (Skårner).

Frågeställningar

Vilken funktion fyller ett digitalt vård- och kontrollverktyg i beroendevården och tillför den något nytt som kan hjälpa individen att tillfriskna och överbrygga ovanstående hinder? Hur ser relationen mellan alkoholism, stigmatisering och ny teknik ut?

Begreppsförklaringar och förkortningar

HVB

HVB är en förkortning för de hem för vård och boenden inom missbruks- och beroendevården som bedrivs tillståndspliktigt av kommunala och privata aktörer i Sverige.

Alkoholism

Enligt WHO är alkoholism eller alkoholberoende den kroniska sjukdom en individ kan utveckla efter ett långvarigt och regelbundet intag av alkohol. Inom svensk sjukvård används en checklista för att diagnostisera någon med ett alkoholberoende-

- känner ett starkt begär efter alkohol
- dricker mer alkohol och dricker under längre tid än vad du hade tänkt dig
- har misslyckats med att minska drickandet
- ger drickandet en central roll, ofta på bekostnad av annat som du tycker är viktigt
- måste dricka mer alkohol än tidigare för att bli berusad
- mår dåligt när du inte får alkohol och får så kallade abstinensbesvär, som exempelvis skakningar, illamående eller sömnsvårigheter.

Om tre av dessa påståenden, eller fler, stämmer in bedöms du med stor sannolikhet vara alkoholberoende enligt Landstinget i Sörmlands vårdguide. När du utvecklat ett alkoholberoende har kroppen vant sig vid en hög och regelbunden dos av alkohol och du kommer att uppleva fysiska abstinensbesvär om det regelbundna intaget av alkohol upphör.

Det är utifrån vetenskapliga studier på försöksdjur bevisat att regelbundet alkoholintag under en längre period påverkar och förändrar det centrala nervsystemet och hela hjärnan, en kan likna det med att beroendet "kidnappar" hjärnan och dess belöningssystem och orsakar stora fysiska besvär när alkoholtillförseln stoppas med sömnstörningar, depressiva symptom, stresskänslighet och ångest tilldess att signalsubstanserna i hjärnan och stabiliserats, vilket kan gå i cykler och i vissa fall är förändringarna i hjärnan kroniska. Vissa individer löper, utifrån sin genupsättning, större risk än andra att utveckla ett substansberoende (Narhona, Cui, Harris, Crabbe, 2007).

Tanken med ovanstående något utdragna förklaring av begreppet alkoholism är att klargöra att alkoholism i detta hänseendet är ett substansberoende som är neurologiskt och diagnostiseras som en sjukdom och alltså inte har någonting med en individs karaktär att göra.

3. Teoretiska perspektiv

Här presenteras olika sociologiska forskares teorier kring stigmatiserande av socialt avvikande egenskaper eller beteende och det utanförskap som dessa fenomen leder till.

Stigma

Jag har valt Goffmans och Elias stigmat teorier just utifrån att jag valt att studera individer som identifierar sig själva som alkoholister och hur deras identitet påverkas av ny teknik inom beroendevården. Intressant i detta sammanhang är att Goffman beskriver att stigmatiserade sedan lång tid tillbaka blivit lovade av mer eller mindre tvivelaktiga aktörer att just deras metod eller teknik ska hjälpa dem att bli ”botade” från deras stigmatiserade egenskaper, som kan innebära alltifrån psykoterapi mot homosexualitet till magiska oljor mot dövhet, och dessa individer har i sin generaliserade desperation alltid varit en lätt marknad (Goffman, 2011).

Erving Goffman skriver om Stigma och den avvikandes roll och identitet utifrån ett perspektiv där identitet och social kontroll hör samman. Enligt Goffman är identiteten till stor del formad av omgivningens syn på de karaktärer och egenskaper som individen besitter och om någon av dessa egenskaper är stigmatiserande, synligt som att vara fysiskt vanställd eller icke synligt som alkoholism eller psykisk sjukdom, anses individen vara avvikande och kan på grund av detta tillskrivas egenskaper som denne egentligen inte besitter. Goffman tar i boken upp en yrkeskriminell som berättar att han under en tid smög in på det lokala biblioteket eftersom han var orolig för vad hans kriminella vänner skulle säga och att han vid senare tillfällen fått utstå förvånade kommentarer kring den ”avancerade” litteratur han läste då det antogs att han som kriminell inte skulle uppskatta den typen av litteratur, på grund av hans *virtuella sociala identitet*, en identitet som endast baseras på de egenskaper vi tillskriver personen utifrån vad vi lärt oss om gruppen vi klassar in individen i, bland annat utifrån synbara eller icke synbara stigmat. Den *faktiska sociala identiteten* får vi endast reda på när vi lär känna individen. Goffman menar att vi stigmatiserar andra och tillskriver dem icke önskvärda egenskaper för att garantera oss en högre plats i hierarkin utifrån sociala klasser eller utifrån andra behov av att skapa underlägsenhet och detta gör vi genom att använda *stigmat*, vilket i många fall är lika med glåpord. Ett exempel är stigmatiseringen av ”alkisar”, många associerar alkis och därmed alkoholism med social utslagenhet, misär och

brist karaktär eller "zigienare" med en person med mycket mystik kring som stjälar och kan spå i kort (Goffman, 2011).

Att en individ som anses tillhöra en viss grupp tillskrivs denna grups förmodade egenskaper benämner Elias som *moralisk differentiering* där det fåtal som förmodligen syns mest i en grupp, som exempelvis "parkbänks-alkisar", får representera hela gruppen alkoholberoende, trots det faktum att många människor som fått ställt diagnosen alkoholberoende har utåt sett fungerande och, för många, åtråvärda liv (Elias, 2008).

Social information i form av *prestigesymboler* eller *stigmatycken* "hjälp" omgivningen att göra en bedömning av vilken kategori de ska sätta en människa i, i förhållande till jämlik, underlägsen eller överlägsen. Om den stigmatiserade, i det här fallet kallad *misskreditabel* då denne ännu inte "avslöjats", inte har några synliga stigmatycken kan denne välja att ljuga eller på andra sätt undanhålla sanningen från omgivningen, men kommer ändå att bli påverkad av stigmatiseringen då denne själv i de flesta fall är medveten om sitt stigma och kommer att få "spela med" i omgivningens kategorisering och *misskreditering* av andra stigmatiserade. Den dolda stigmatiserade kommer således att aldrig känna sig på riktigt accepterad av omgivningen även om det utåt sett kan tyckas så. Ett stigma är svårast att hantera i mötet med främlingar och ytliga bekanta ute i samhället då sympati, förståelse och tid gör att den virtuella sociala identiteten ersätts med den faktiska sociala identiteten hos de närmaste, intimitet är alltså något som botar stigmatiseringens förutfattade meningar (Goffman, 2011).

Den stigmatiserade formas av ovanstående fenomen då denne ofta gör sig beredd på att möta främlingars och ytligt bekantas fördomar och det händer inte alltför sällan att den närmaste omgivningen försöker skydda den stigmatiserade mot det de kan tänkas möta utanför hemmet och den närmaste vänskretsen, vilket skapar ännu mer känsla av utanförskap och avvikande hos den stigmatiserade och ett ännu större behov av att dölja stigmat. För just stigmat alkoholism kan även de plikter som tenderar att finnas i intima relationer sättas på spel om individen inte klarar av att sköta dom på grund av sitt drickande, vilket jag tänker att många som identifierar sig som alkoholister vittnar om är ett problem. Detta innebär då att känslan av utanförskap även finns i nära relationer och det är dessa nära relationer som Goffman menar är räddningen för den stigmatiserade, det är där hen återhämtar sig och samlar kraft för att bemöta den kritiska och fördomsfulla omgivningen (Goffman; 2011).

Den *personliga identiteten* är den bild som den närmaste omgivningen har av en individ, de som känner till flertalet av dennes egenskaper och en nära anhörig kan knappast tro att det finns någon annan i världen som har exakt samma identitet som denna individ, alltså är den personliga identiteten det som avgränsar oss från andra individer, inte bara för oss själva utan

även för våra närmaste. *Social information* är starkt kopplat till den personliga identitetens uppbyggnad och upprätthållande och här har *informationsmässigt sammanhang* en tydlig roll. Integritet är något som jag känner hör samman med det Goffman vill förklara om den personliga identiteten, hur förankrad uppgifterna om personen är i förhållande till personens faktiska egenskaper men mer från ett utomstående perspektiv. Individen kan här välja att falsk social roll, något som jag tror de flesta stigmatiserade personer någon gång gjort, något som handlar om att gå emot "sin" roll och delta i sammanhang som inte är förenligt med denna. Goffman tar här upp ett exempel med en affärsman som åker till en billig badort. En falsk personlig roll handlar däremot om att ta ovanstående ett steg längre och istället personligt framstå som någon annan, som om affärsmannen tagit in på hotell i den billiga badorten i ett annat namn. Vi använder en persons sociala identitet för att bygga upp dennes personliga identitet men kommer alltså att ändra vår uppfattning om den personliga identiteten ju mer vi lär känna personen och så länge en person uppträder enligt normer i sammanhang där denne möter främlingar och ytliga bekantskaper finns det ingen risk för stigmat att bli avslöjad. Ett sammanhang där en alkoholist skulle kunna bli avslöjad och bli ifrågasatt är sammanhang där det förekommer alkohol, vilket skulle kunna ske genom att alkoholisten inte dricker enligt normen eller genom att en nykter alkoholist inte dricker alls. De andra som deltar på denna tillställning kommer att använda sig av *kognitivt igenkännande* för att placera in individen som avviker från alkoholnormen, utifrån deras uppfattning om varför en person inte klarar av att "dricka som folk" eller varför någon väljer att avstå från alkohol, vilket i flertal fall säkerligen blir alkoholistfacket vilket leder till rykten i gruppen som är en del av gruppens *sociala kontroll* och leder i många fall till en *diskreditering*, en förminskning av individen som i värsta fall leder till en uteslutning av denne i gruppen, hos de som inte har tillräcklig kännedom om dennes personliga identitet av de som har dålig kunskap och förutfattade meningar om dennes stigma. Slutsatsen är att en person som identifierar sig som alkoholist enligt Goffman bör ha en stor oro över att bli avslöjad oavsett om denne är nykter då dömanden och uteslutning även kan ske på grund av gamla *misskrediter*, gärningar som gjorts i dåtid, utifrån den ytliga omgivningens syn på alkoholism som en karaktärsbrist (Goffman, 2011).

Eftersom normerna till stor del styr hur vi ser på olika stigman och vad som är stigman och politiken till stor del styr våra normer som samhällsmedborgare är den politiska definitionen, insatser och formuleringar betydande för hur ett stigma framställs och tas emot. Vilka som representerar och utgör talespersoner för ett stigma har också betydelse och dessa delar talar om för gruppen och den stigmatiserade vem denne är och hur den bör vara, genom att klassa alkoholism som en sjukdom utgör alltså inte alkoholism någon karaktärsbrist utan

en medicinsk diagnos. Detta är dock ett faktum som tar lång tid att implementera i grundnormerna eftersom antagandet om karaktärsbrist funnits under en längre tid än vad det den medicinska diagnosen gjord och åtgärderna kring alkoholism ser ungefär ut som den gjord under en längre tid och sker genom socialtjänsten i första hand vilket befäster att det fortfarande till stor del är ett socialt problem. Att frångå normerna och vara medveten om det innebär enligt Goffman en stor psykisk påfrestning för individen och detta gäller även att frångå de förväntningar som finns på en stigmatiserad individs sociala personlighet enligt de rådande sociala villkoren (Goffman, 2010).

Det finns också en viss skillnad mellan olika stigmat och skillnad i hur de påverkar den sociala identiteten hos en "bärare" av stigma. Medan en person ofta benämns som att denne *har* cancer så *är* någon en alkoholism, det är sällan en alkoholist eller schizofren benämns med att ha sina diagnoser vilket undermedvetet i större grad kan påverka hur vi tillskriver individen extra attribut utifrån stigma. Den som *har* cancer är fortfarande en del av *oss* medan den som är alkoholist är en av *dom*. Detta fenomen leder till att identifierat stigmatiserade personer av den här typen riskerar att i hög grad diskrimineras och tilldelas lägre förutsättningar i livet än icke-stigmatiserade individer eller stigmatiserade individer som anses *bära* sitt stigma. För någon med alkoholism kan detta leda till återfall i sjukdomen eftersom förväntningarna från omgivningen är att alkoholism är en karaktärsbrist och på grund av den nedvärderade statusen som kommer med stigma är det "ingen mening" att försöka sträva efter en annan livsstil (Link & Pheelan, 2001; Goffman, 2010).

Funktionen bakom stigmatiseringen menar Elias är makt och behovet av att som grupp framhålla sin sociala överlägsenhet gentemot andra grupper. Vapnet i denna maktkamp är att tillskriva de stigmatiserade grupperna *skam* och använda detta som kontrollmedel (Elias, 2008).

Avvikare och *avvikande* handlar om att en individ eller en individs egenskaper eller beteende avviker från normen genom att exempelvis bära stigma. En individ kan i mindre grupper trots att denne är en avvikare få överseende för detta om denne uppbär en status inom gruppen (Goffman, 2010; Elias; 2008). Dock vill jag lägga in att när det gäller kvinnor så finns det generellt en lägre tolerans för avvikande oavsett om dessa räknas som positiva eller negativa avvikanden (Alvesson & Billing, 2009).

Kritik till teorin

Link och Pheelan (2001) framför kritik mot Goffmans stigmatteori då de anser att begreppet stigma inte är tillräckligt tydligt definierat.

Det är mer än 50 år sedan Goffman publicerade sin teori om stigmatisering vilket märks i hans text både i att uttryck som han använder för att gruppera människor inte är socialt accepterade idag och det är svårt att veta om hans antaganden hade sett annorlunda ut i en modernare tidskontext.

Det finns mycket litteratur kring stigma och substansberoende men då stigmatisering sker utifrån de normer som finns i den närmaste omgivningen och samhället just vid tillfället har jag valt att försöka hålla mig till grunderna i socialpsykologiska teorier kring stigma

4. Tidigare forskning

Substansberoenderelaterad forskning

Det finns inte mycket publicerad forskning kring användares upplevelse av digitala verktyg som används inom beroendevården då detta är ett relativt nytt fenomen, speciellt i Sverige, och jag har inte lyckats hitta någon studie direkt kopplat till detta. Dock finns det en hel del litteratur gällande teknik inom vården som patienterna ska använda själva.

Quanbeck, Chih, Isham, Johnson och Gustafson har gjort en sammanställning av den publicerade litteratur som finns kring mobil teknologi som hjälpmedel för alkoholrelaterad ohälsa. Deras fokus ligger på kriterier kring den effektivitet och begränsningar som dessa hjälpmedel besitter, hur de är uppbyggda och vilka möjligheter de för med sig (2014).

Relevant för min studie är att de tar upp att det stigma som associeras till alkoholism och de konventionella behandlingsmetoder som finns att tillgå hindrade många individer med alkoholproblem från att söka hjälp och att dessa individer skulle kunna nås med hjälp av interaktiva behandlingsmetoder (Quanbeck, Chih, Isham, Johnson, Gustafson, 2014).

En annan artikel framhåller vikten av längre behandlingar inom beroendevården för att parera den tid det faktiskt tar att parera de beteendemönster och förändringar i hjärnan som missbruket skapat samt de cykler som återhämtningen från ett substansberoende visar sig ha. En av studierna de presenterar rör kokainberoende där ett antal klienter efter behandlingen fick telefonsamtal från sin terapeut och dessa testades i högre grad negativt på urinprov jämfört med de klienter som inte mottog telefonsamtal. Generellt deltog de klienter som mottog stöd via internet och telefon efter behandling i högre frekvens i självhjälsgrupper och höll sig nyktra längre. Författarna anser att det behövs liknande hjälpmedel som för diabetes och andra kroniska sjukdomar för att hjälpa substansberoende individer och att dagens

beroendevård inte är anpassad för detta i den utsträckning som det skulle behövas (Dennis & Scott, 2007).

Digitala kontrollmedel inom sjukvården

Oudshoorn har i sin bok om *Telcare technologies and the transformation of healthcare* tagit upp en del om hur teknologi kan påverka identiteten hos patienter inom sjukvården. Ett exempel är hur hjärtpatienter går från upplevelsen att vara friska individer till att vara hjärtsjuka individer när de bär på en portabel ECG-inspelaren vilket förstärker upplevelsen av att deras tillstånd är kroniskt och inte tillfälligt. För vissa individer har övertagandet av kontrollen över sitt sjukdomstillstånd skapat en känsla av just kontroll medan det hos andra har skapat ångest och oro. Jag bör dock tillägga att den utrustning som hjärtpatienterna behövde använda för att kontrollera sitt hjärta var långt mer komplicerad att använda än den teknik som respondenterna i denna studie använder sig av, hjärtpatienterna behövde även ställa sin egen diagnos utifrån resultatet som apparaten visade vilket gjorde att många struntade i att använda den då de tvivlade på den egna förmågan att få ett tillförlitligt resultat. Slutsatsen menar författaren ändå är att patienterna som deltog i studien gick från att vara passiva mottagare till att bli sina egna diagnostiserande agenter, så länge patienterna själva var motiverade till att ta det ansvaret och lära sig tekniken (Oudshoorn, 2011).

Många av hjärtpatienterna var obekväma med att använda ECG-inspelaren utanför hemmet då den var svår att använda diskret på grund av de ljud den avgav och de upplevde att omgivningen skulle förstå att de hade hjärtproblem.

Unga män hade generellt lättare att ta till sig teknologin jämfört med äldre kvinnor som hade en högre oro för att ”trycka på fel knappar”. Det fanns också en hög grad av misstro hos patienterna fram till den dagen de faktiskt hade en direkt telefonkontakt med den sjukvårdspersonal som var kopplad till deras ECG-mätare och flera patienter beskriver att den direkta och personliga kontakten med en hjärtläkare kändes mer seriös än att behöva kontakta sjukvården på det konventionella sättet. Vissa patienter ville dock inte störa sjukvårdspersonalen om det inte ECG-inspelaren visade på riktigt allvarliga avvikelser och andra ville inte ringa och störa på obekväma tider (Oudshoorn, 2011).

Oudshoorn tar upp något hon kallar *intimitet på distans* som observerades på det telecenter som sjukvårdspersonalen arbetade på. Patienter och sjukvårdspersonal byggde upp relationer och många av samtalen handlade om mer än ECG resultatet och hade ett stort socialt värde för många patienter trots att de aldrig träffades personligen (Oudshoorn, 2011).

Författaren studerar även hur upplevelsen av hemmet som en trygg plats påverkas av att patienterna gör denna plats till ett undersökningsrum och även hur detta påverkar patienternas identitet. I kontrast till min studie kanske det är en skillnad mellan hjärtpatienters upplevelse av hemmet som en trygg plats och substansberoende individer där intag av exempelvis alkohol kanske varit en del av den dagliga rutinen vilket gör att en jämförelse med stor sannolikhet inte skulle stämma överens med verkligheten. Dock såg Oudshoorn fenomen som skulle kunna kopplas till användande av alla typer av tekniska vårdverktyg i hemmet, som att könsrollerna sattes på spel när kvinnan var den som brukade den nya teknologin och att partnern till patienten blev involverad på ett helt annat sätt än denne varit i den konventionella vården, både som stöd och assistent vid mätningarna, speciellt om partnern var man och patienten en kvinna. I det ombytta förhållandet stod kvinnan mer för en känslomässigt avlastande roll och omhändertagande genom kost och rådgivning. Generellt blev patienterna som mottog teknisk hjälp i hemmet mer medvetna och engagerade i de faktorer som påverkade deras hjärta och en upplevelse att vara delaktiga i det kollektiv av professionella som samarbetade för att hålla deras hjärtproblem stabila jämfört med att tidigare vara passiva vårdmottagare. De som avstått från att ha ECG-mätaren, vilket författaren menar ger en stor indikation på betydelsen för identiteten, hade olika skäl till detta. En patient menade att denne inte ville bli kontrollerad av ”big brother”, en annan ansåg att det skulle ta upp för mycket tid av hennes liv och en tredje ansåg att det bekräftade hennes sjukdomstillstånd och hon ville hellre känna sig frisk och andra ville behålla kontakten med den mottagning de gått till under många år och ha en personlig kontakt framför den telefonkontakt som ECG-mätare användandet främst skulle innebära (Oudshoorn, 2011).

Faulkner har mer av ett makroperspektiv i *Medical technology into healthcare and society* och skriver att både Storbritannien och Tyskland under det senaste årtiondet satsat mycket politiskt att genom reformer och policys införa en mer ansvarstagande roll hos patienten inom vården. *Patienten som expert* är ett begrepp som författaren tar upp och menar är det som dessa policys ska skapa, genom teknik för självtester som ECG-mätaren ovan eller den koaguleringsmätare han tar upp för de patienter som är under blodförtunnande behandling. Studien indikerar att denna typ av teknik inom vården är kostnadseffektiv på samhällsnivå men inte alltid inom sjukvården då det fortfarande krävs kunnig personal att administrera, följa upp och lära ut tekniken. Andra fördelar var att testerna kunde utföras mer frekvent och med ett mer verklighetsförankrat resultat samt att patienterna upplevde att deras livskvalitet ökade. Faulkner kunde även se hur patienterna blev mer medvetna om vad i deras livsstil som påverkade deras blod positivt och negativt i högre grad än innan de mätte sina värden själva.

Enligt ett enkätsvar hade de patienter som tagit över en del av kontrollerandet över sitt sjukdomstillstånd generellt en högre grad av nöjdhet och känsla av att behandlingen och den egna insatsen var effektiv samt en lägre grad av ångest och oro (Faulkner, 2008).

Faulkner nämner att vetenskapliga studier kring patienters upplevelse från ett brukarperspektiv är få förutom de kvantitativa studier som gjorts på en begränsad del av befolkningen och anser att det finns ett behov av en undersökning med ett socioekonomiskt perspektiv. Han menar att det finns en risk för att det bara är de mest självsäkra och favoriserade patienterna som får ta del av teknologin och de fördelar den för med sig för patienterna att bli mer självständiga och fria trots en kronisk sjukdom (Faulkner, 2008).

5. Metod

Kvalitativ metod

Den sociologiska kvalitativa metoden är ett subjektivt förhållningssätt inom vetenskapen som till kontrast mot den kvantitativa objektiva metoden studerar omvärlden utifrån individens upplevelser. Det går inte att göra generaliseringar utifrån en hel population som är möjligt när en använder en kvantitativ undersökning men då generaliseringar endast beskriver sanningen utifrån en normativ helhet kan den kvalitativa metoden och ett induktivt arbetssätt leda till en större variation av sanningen och en bättre förståelse för individens livsvärld (Backman, 2008).

Hermeneutiskt förhållningssätt

Hermeneutisk metodologi utgår till stor del från forskarens egna process framför den tekniska proceduren kring analys och insamling av material. Tanken bakom metoden är att forskaren inte ska låsa sig i sin förförståelse vilket riskerar att resultatet är inriktat på att bekräfta dennes ideer och fördomar kring det studerade fenomenet. Inom hermeneutiken hamnar det levande, tolkande subjektet i fokus och det är så vi söker förståelse för den sociala verkligheten.

En nackdel kring just öppenheten är att det kan uppstå en svårighet kring begränsningar och tydligt ramverk jämfört med andra metoder som är mer inriktade på det tekniska utförandet (Sjöberg, Wästerfors, 2008).

Kvalitativa intervjuer/ Insamlandet av Empiri

Jag har använt mig av semistrukturerade kvalitativa intervjuer med en respondent i taget för att samla in empirin till studien, utifrån den intervjuguide jag förberett. Då reliabiliteten och validitet inte är det viktigaste i den kvalitativa studien, där en snarare söker efter autenticitet, är den semistrukturerade intervjun att föredra då det finns utrymme till ett flexibelt utforskande och den öppenhet som önskas utifrån det hermeneutiska perspektivet (Bryman, 2011).

Förförståelse

Utifrån det hermeneutiska förhållningssättet är just förförståelsen framförallt ett stort hinder för forskningsprocessen då vi riskerar att låsa oss vid våra antaganden om ett ämne vi tror oss veta mycket om. Jag anser mig ha relativt mycket erfarenhet från arbete och anhöriga med beroende och missbruksproblematik och det jag behöver förhålla mig till utifrån den hermeneutiska metodologin är att använda denna förförståelse konstruktivt och inte göra ogrundade antaganden baserat på denna förförståelse (Sjöberg, Wästerfors, 2008).

Respondenter

De 8 respondenter eller intervjupersoner som deltagit i studien har varit mellan 25–65 år gamla med majoriteten över 40 år och det har varit en jämn könsfördelning. Alla har tidigare genomgått en behandling för sitt alkoholmissbruk och använder aktivt TripleA i kombination med terapi genom öppenvård och har vid intervjutillfället gjort detta mellan tre månader och över ett år.

Urval

Valet av respondenter har främst gjorts utifrån ett målinriktat urval där jag kontaktat de kommuner och andra aktörer som använder sig av vårdverkyget och presenterat studien för dem och önskat kontakt med användare av TripleA. Genom intervjuade respondenter har jag även fått kontakt med ytterligare respondenter.

Procedur och Bearbetning av material

Studien är genomförd genom kvalitativa semistrukturerade intervjuer med 8 stycken aktiva användare av TripleA som vid tidigare tillfälle genomgått en behandling genom öppenvård, HVB eller en SiS-institution med fokus på deras upplevelser av TripleA samt hur de upplever skillnaden i stöd, kontroll och frihet jämfört med tidigare behandling (Bryman, 2011). Jag hade mail- och telefonkontakt med respondenterna innan intervjuerna där jag beskrev syftet

med intervjun, kort beskrev ämnet och garanterade anonymiteten. Utifrån att respondenterna befunnit sig på olika platser i Sverige har tre av intervjuerna utförts via Skype, vilket har fungerat bättre än förväntat då jag var orolig över att det mindre personliga mötet hade skapat en sämre förutsättning för samtalet. Dock är det inte säkert att denna intervjuform hade fungerat för alla respondenter. De andra intervjuerna har utförts på min arbetsplats, hemma hos respondenterna samt i en hotellbar och ett folktomt café. Några intervjuer har skett i vid två tillfällen på grund av tidsbrist vid intervjutillfällena vilket skapat förutsättningar för reflektion både för mig och respondenten och i några fall har jag eller respondenten återkommit för frågor eller tillägg kring materialet. Intervjuerna har tagit 1,5 timme i snitt. Samtliga intervjuer spelades in digitalt och transkriberades parallellt i realtid.

Från det transkriberade materialet har de väsentliga delarna sorterats in i två olika kategorier: kontroll och identitet, som sedan analyserats med hjälp av teorin. I mångt och mycket går dock dessa två kategorier in i varandra då identitet skapas utifrån en social kontext som innefattar kontroll (Foucault, 2003).

I kategorin *kontroll* har jag sorterat in det material som intervjupersonerna beskrivit som kontrollerande åtgärder från socialtjänst, familjemedlemmar och/eller arbetsplats och deras beskrivna upplevelser kring detta.

I kategorin *identitet* har jag sorterat in det material som innefattar skillnader i attityd som intervjupersonerna upplever kring sig själva innan och efter användandet av det digitala vårdverktyget.

Begränsningar

Eftersom detta är en kvalitativ studie där tidsomfattningen endast tillåtit 8 intervjupersoner, går det inte att göra några generaliseringar i relation till en hel population (Bryman, 2011). Fördelningen på ålder, där majoriteten av intervjupersonerna är över 40 år, har även gjort det svårt att få en överblick kring hur yngre personer upplever användandet av ett digitalt vårdverktyg.

Vad som räknas som stigma och avvikande är format efter de normer som finns inom en kultur vilket gör att mycket av de antaganden jag kommer att göra i denna studie inte går att generalisera till andra kulturer även om det kan utgöra en grund för jämförelser och ge en fingervisning kring hur digitaliserad beroendevård skulle kunna upplevas i en annan social miljö än den svenska. Även i Sverige finns det stora skillnader i hur beroende och missbruk upplevs i olika kulturella grupper och det märktes även under intervjuerna (Oskarsson & Bergmark, 1988).

Jag har i denna studie inte tagit hänsyn till kön, etnicitet, sexualitet och andra faktorer som har en stor inverkan på upplevelser av identitet och avvikelser från normen (Alvesson & Billing, 2009). Mitt beslut att inte göra detta har att göra med tidsomfattning och bristen på tidigare studier inom ämnet vilket gjorde att jag ville hitta en grunduppfattning, något som stundvis känts kontraproduktivt då i synnerhet könsblindheten stundvis varit svår att upprätthålla. Ytterligare en anledning till att jag inte tagit med kön och använt mig av det könsneutrala pronomen *hen* istället för *han* eller *hon* är av anledningen att jag inte vill att de uppgifter som respondenterna lämnat ska vara spårbara av det skälet då det är en begränsad grupp som använder sig av vårdverktyget TripleA i dagsläget.

Etik

Under hela studien har det tagits hänsyn till de etiska riktlinjer som gäller inom svensk forskning utifrån nedanstående punkter (Bryman, 2011) -

- *Informationskravet*- Respondenterna har informerats om frivilligheten som intervjuerna baseras på som innebär att de inte behöver svara på alla frågor och att de kan avbryta sitt deltagande om de önskar samt att de informerats om de moment som ingår i undersökningen.
- *Samtyckeskravet*- Respondenterna har gjorts medvetna om att det är de själva som bestämmer över sin medverkan och vad de vill dela med sig av under intervjuerna.
- *Konfidentialitetskravet*- Allt material kopplat till personerna som deltagit i studien har förvarats på ett sånt sätt att obehöriga inte kan komma åt dessa utan olagliga intrång. Under transkriberingen avpersonifierades materialet och de inspelningarna raderades.
- *Nyttjandekravet*- De uppgifter som samlats in har endast använts för forskningsändamålet och får inte vid senare tillfälle användas i annat syfte än detta.

6. Resultat och Analys

Kontroll

Anhöriga

Ett centralt tema för alla intervjupersoner var att de upplevde att en stor del av den upplevda kontrollen härstammade från anhörigas oro och misstankar. Två av intervjupersonerna hade valt att dela med sig av datan från TripleA, alltså resultatet från de regelbundna nykterhetskontrollerna, till någon nära anhörig. En av intervjupersonerna som levde med

samma partner som hen levte med under de senaste 20 åren och hade barn tillsammans med upplevde att deras relation blivit bättre och mer tillitsfull sedan hen börjat använda det digitala vårdssystemet. Intervjupersonen beskriver att-

”Min man brukar påminna mig om han upplever att jag inte blåst på länge, då säger han- ”snart kommer det nog att pipa””

En av intervjupersonerna uppger att hen hade valt att dela med sig av datan från TripleA till sin ena förälder som hen beskrev som ett stort stöd i intervjupersonens ”tillfrisknande”. Intervjupersonen som beskrev att hen alltid haft ett dåligt samvete gentemot föräldern och det hen utsatt denne för i missbruket och kände att hen genom att ge föräldern insyn i hur nykterheten faktiskt såg ut, kunde minska föräldrarnas oro och därmed sin egen oro för föräldern.

En annan av intervjupersonerna berättar att dennes barn var skeptiska till att den dagliga kontrollen skulle gå från fysiska personer till en teknisk produkt och var rädda för att deras förälder skulle ta återfall och att de skulle vara tvungna att flytta, men med tiden så blev de trygga med att det fungerade lika bra som tidigare men att de även fick större frihet som familj och kunde röra sig på ett annat sätt än tidigare.

Intervjupersonen berättar att det blivit ett naturligt inslag i hemmet med de återkommande nykterhetskontrollerna som TripleA signalerar om och att hen inte upplevt några negativa kommentarer eller attityder från de närmast anhöriga.

En annan intervjuperson berättar att hen tidigare varit rädd att ”gå offline” och exempelvis stänga av telefonen när denne behövt tid för sig själv på grund av att det då skulle misstänkas från omgivningen att detta är en signal på återfall i missbruket och att detta ledde till att intervjupersonen uppoffrade sin egentid och de behov hen kände att hen behövde uppfylla för att tillfredsställa omgivningens behov av kontroll.

En intervjuperson som inte lever tillsammans med barnens andra förälder berättar att denne tidigare kunde använda sin ”magkänsla” som argument för att intervjupersonen inte skulle få ha umgänge med barnen, genom att misstänka att intervjupersonen hade druckit eller kunde tänkas dricka under tiden hen hade barnen, vilket ledde till mycket konflikter. Nu beskriver intervjupersonen att hen genom det digitala vårdverktyget, kan visa för den andra föräldern att hen inte druckit alkohol. Intervjupersonen uppger att den andre föräldern tidigare gjorde sina bedömningar kring om hen druckit eller var på väg in i ett återfall genom intervjupersonens beteende. Intervjupersonen uppger hen tror att det blir en trygghet för den andra föräldern att i realtid kunna se att det inte intas alkohol och om det skulle ske, eller att

en nykterhetskontroll hoppas över när intervjupersonen har umgänge med barnen så har de gjort upp att den andre föräldern får komma och hämta barnen.

Två intervjupersoner berättade om att även om de druckit så har de kunnat visa omgivningen att det varit ”måttligt” och att det bara hade varit en öl när anhöriga haft en föreställning och rädsla om att det varit tio öl och att respondenten varit totalt utslagen.

För en individ som upplever sig vara stigmatiserad är den närmaste omgivningen viktig enligt Goffman, då det är där denne vilar ut och återhämtar sig från den kraft som går åt till att dölja och försvara sitt avvikande gentemot ytligt bekanta och samhället. Att bära ett stigma som även påverkar nära relationer negativt och som vi ovan ser har skapat mycket oro för de anhöriga, leder till att en alkoholberoende inte alltid har den trygga bas som många andra stigmatiserade återhämtar sig i. Vi kan även se hur ett digitalt vårdverktyg, som TripleA, kan hjälpa de anhöriga att få tillbaka den tilltro som skadats tidigare genom deras misstankar och de svek de upplevt. Detta skapar möjligheten för den alkoholberoende att kunna ta del av de fördelar som finns av att vara känd för sin *personliga identitet* runt de närmast anhöriga, utan ständig misstro och tvivel från dessa eller *misskreditering* även i hemmet. Dock hindrar inte vårdverktyget den alkoholberoende från att dricka alkohol men utifrån respondenterna så upplever många att det ofta funnits en obefogad oro (Goffman, 2011). Om en individ utsätts för misskreditering även i den närmaste omgivningen kommer den *faktiska sociala identiteten* påverkas i och med att det är främst våra närmaste som speglar denna mest verklighetsbaserade identitetsbild och detta kan leda till att den alkoholberoende får en skev identitetsbild som kan leda till återfall i det destruktiva drickandet eftersom detta tillhör identiteten och tillsammans med den fysiska abstinens som en alkoholberoende kan uppleva skapas ännu sämre förutsättningar till tillfrisknande (Goffman, 2011).

En respondent uppger att det funnits en viss skepsis som riktats mot en digital metod från en nära anhörig som ansåg att det skulle gå att komma runt nykterhetskontrollerna. Denna intervjuperson uppgav att det fanns en stor tillitsbrist gentemot denne långt innan och att det kanske hade mer med deras förstörda relation att göra än själva metoden.

Den ovanstående beskrivningen avviker från de tidigare mer positiva omdömena som respondenterna berättat om och oavsett kontroll och åtgärder så kan det ta lång tid för de anhöriga att få tillbaka förtroende och just distansen från mänskliga möten som ett problem för många individer har tagits upp i tidigare forskning.

Ytterligare en intervjuperson fick också kritik från en anhörig som även denne haft ett missbruk som denne ”kontrollerade” genom att gå på självhjälpsmöten. Den anhörige menade

att intervjupersonen inte gjorde rätt enligt det program som finns inom självhjälsgruppen och att en förändring bara skulle skjutas upp genom att använda metoder som inte fungerade, i detta fall alla andra metoder än självhjälsgruppens program.

För flertalet respondenter var självhjälsgrupperna oumbärliga och precis som inom alla andra grupper delas det social information även här. Det kognitiva igenkännandet för denna individ kanske inte tillät metoder utöver de som används inom självhjälsgruppen och upplevde detta som ett hot mot gruppens fundament snarare än ett komplement utifrån sjukdomsbegreppet. Är självhjälsgruppen viktig för individen och det finns flera medlemmar som bär liknande åsikter så kan detta leda till att användaren av vårdverkyget antingen avstår från vårdverkyget eller att denne slutar delta i självhjälsgruppens aktiviteter vilket i båda fallen innebär sämre förutsättningar för användaren att tillfriskna (Goffman, 2011).

Arbetsplats

Två utav intervjupersonerna hade inte någon erfarenhet av att använda vårdverkyget på en arbetsplats och tre av intervjupersonerna hade valt att inte prata om sitt användande av vårdverkyget och sin alkoholism öppet, däremot hade de berättat det för sin arbetsgivare och upplevde att det togs emot positivt och ökade tilltron i att intervjupersonerna ville göra en förändring och ta tag i missbruket/beroendet.

En av intervjupersonerna hade valt att dela med sig av datan från TripleA till sin arbetsgivare då det till stor del var arbetsgivarens påtryckningar som ledde till att intervjupersonen återigen sökte hjälp för sitt missbruk. Intervjupersonen uppger att även om det var jobbigt att ta tag i problemet med alkoholen igen efter ett misslyckat tidigare försök så upplever hen idag att det rensat luften på arbetsplatsen där de som är närmast hen vet om problematiken och hen inte längre behöver dölja. Intervjupersonen upplever också att situationen på arbetet är mer avslappnad och att det nu finns ”svart på vitt” hur alkoholintaget ser ut och detta har skapat en större upplevelse av tillit från kollegor och arbetsgivare.

Intervjupersonen berättar-

”Det är inget konstigt att ta upp apparaten och blåsa eftersom de som jag jobbar närmast är fullt införstådda med vad jag går igenom, det finns en större öppenhet nu än tidigare”

En till intervjuperson upplevde positiva fördelar med TripleA då hen upplevde att sedan hen börjat använda vårdverkyget så blev kollegorna mer trygga och fick större tilltro till intervjupersonen även om hen tog återfall då de upplevde att intervjupersonen ”kom tillbaka”

fortare än tidigare. I detta fall var alla kollegor medvetna om intervjupersonens alkoholism och användandet av TripleA och flera av intervjupersonens kollegor identifierade sig själva som alkoholister.

I detta fall var inte respondenten fullständigt stigmatiserad och avvikande i gruppen då det fanns flertalet andra inom gruppen som även de identifierade sig som alkoholister. Jag skulle vilja likna en sådan arbetsplats, för en stigmatiserad individ, som den trygga bas den närmaste familjen utgör enligt Goffman då den respondenten inte behöver dölja sitt stigma och här kan använda det digitala hjälpmedlet öppet och att denna samtidigt skapar en trygghet för kollegorna att trots återfall eller riskbeteende, här tänker jag signaler som tidigare visats innan återfall, så kommer respondenten att snart vara tillbaka. Här skapar vårdverktyget samma typ av grund till återuppbyggande av tillit och stillande av oro som för de anhöriga även om de inte har direkt tillgång till den data som samlas in om respondentens alkoholvanor och mående.

En annan av intervjupersonerna beskriver hur det vart annorlunda på hans arbetsplats efter sjukskrivningen då han var inskriven på HVB. Intervjupersonen valde att vara öppen med sin alkoholism, eller sjukdom, på arbetsplatsen. Han upplever att han lyckats dölja missbruket väl och att ingen misstänkte något innan han valde att berätta. Även om alla på den mindre arbetsplatsen visste, så kände ändå intervjupersonen att han ville gå in på toaletten för att göra nykterhetskontrollerna. Han beskriver att arbetskamraterna, och främst arbetsgivaren, ändrade sin attityd gentemot intervjupersonen efter att han öppnat upp sig om sina problem och därefter agerade med vad intervjupersonen upplever som misstro och en offensiv attityd som till slut ledde till att intervjupersonen valde att säga upp sig från arbetsplatsen.

En annan respondent berättar att denne utan TripleA hade haft svårt att fortsätta arbeta och att detta tidigare hindrat honom från att ta emot hjälp för sitt missbruk då arbetet, den roll och det ansvar som han har är det som intervjupersonen upplever har "hållit honom ovanför ytan" och borta från "parkbänken", den "botten" som intervjupersonen varit rädd för att dyka ner till utan sitt arbete. Det digitala vårdverktyget blev här ett alternativ till de bilder respondenten målat upp av hur en konventionell behandling skulle innebära och vad han ansåg var ett stort hot mot den trygghet och motivation som hans arbete betydde i dennes liv.

Självstigmatisering eller synonymen skam utifrån rädslan att hamna på vad respondenten såg som botten, på parkbänken med de andra som han såg som alkoholister, utgjorde ett hinder för respondenten att söka hjälp för sitt missbruk då respondenten själv krediterade hela missbruks- och beroendevården de statiska och inflexibla egenskaper som skulle leda till just parkbänken. Här fungerade vårdverktyget som en brygga till beroendevården och

respondenten kunde till slut ta del av flera delar, som en samtalskontakt, som tidigare för denne var otänkbart (Goffman, 2011).

Samhälle

Alla intervjupersoner upplevde att det tidigare hade varit jobbigt med den samhällsliga kontrollen även om de samtidigt kunde reflektera i att de behövde det, speciellt initialt när de ville ha hjälp för sina alkoholproblem. Några av intervjupersonerna uppger att en stor anledning till att de valt att använda TripleA är att de vill hjälpa forskningen framåt samtidigt som det förhoppningsvis hjälper dem att hantera sitt beroende/missbruk. Det fanns hos mer än hälften av intervjupersonerna en stor oro för vad omgivningen skulle säga om deras problem uppdagades och utifrån detta låg det en svårighet och motstånd i att på egen hand ta sig till ett självhjälpsmöte eller en beroendemottagning eftersom någon kunde se dem där och kanske avslöja för omgivningen. Hälften av intervjupersonerna uttrycker att de tidigare upplevt att de blivit skambelagda av omgivningen utifrån deras svårigheter att hantera sitt drickande, alla upplever att de skambelagt sig själva. Att befinna sig på fel plats är något som kan avslöja ett stigma och öka skammen och bekräftelsen av att vara avvikande och den misskreditering detta innebär vilket utgjort ett hinder för respondenterna och därmed förlängt deras lidande. Ny teknik i relation till den konventionella beroendevården, som trots sjukdomsbegreppet står främst under socialtjänstens regi, vilket indikerar på att det är främst ett socialt problem, utgör för dessa respondenter en möjlighet att initialt ta till sig vården på ett sätt som inte bekräftar deras stigman och som inte hotar att avslöja dem.

Ett annat citat från en respondent som påvisar användandet av vårdverktyget som en brygga från individen till den konventionella beroendevården-

*”Jag ville verkligen inte åka iväg på en till behandling, jag hade redan varit på flera, både frivilliga och under LVM, och det kändes som ett stort misslyckande att återigen riskera att förlora dessa månader från det som jag byggt upp och var på väg att rasera. Med den här *pekar på telefonen på bordet* fick jag den motivation jag saknade att börja gå på möten igen, låta bli att dricka och någon som höll koll på mig lika bra som personalen på hemmen jag varit på. Jag tyckte det blev roligare, eller roligare är fel uttryck, mer meningsfullt att gå till terapeuten nu när det fanns något svart på vitt att prata om, han kunde ju se hur jag svarat på frågorna, hur jag svarat att jag mått och sovit under veckan och jag tyckte det var svårt innan att öppna upp mig för någon om hur jag mår utan den typen av öppning.”*

Sex av intervjupersonerna vittnar om att självhjälpsmöten är en stor del av deras nykterhet och att de utan dessa inte hade klarat av att vara nyktra medan två intervjupersoner menar att de inte har så stor behållning av dessa möten då de till motsats från de andra har en förhoppning om att kunna dricka normalt och socialt. Flera i den första gruppen upplever att TripleA fungerar motiverande då de i appen kan boka in sig på möten som de sedan blir påmindra om att gå på samt att de kan "Checka in" via GPS och därmed uppvisa för terapeut och anhöriga att de faktiskt varit där. En av intervjupersonerna säger-

"Jag har ljugit så mycket i mitt missbruk att jag automatiskt till och med misstror mig själv när jag får frågan om jag varit på möten eller om jag har krökat till det, även om jag vet att jag talar sanning. Den här app-grejen hjälper mig att hålla reda på sanningen"

Ovanstående är ett starkt exempel på hur vårdverktöget faktiskt aktivt förändrar den misskreditering som stigmat skapat i respondentens självupplevda identitet, att denne är opålitlig och inte längre ens litar på sig själv utifrån att det är så det har fungerat i missbruket. Att kunna återvinna förtroendet för sig själv och gentemot andra är en förutsättning för att skapa trygga relationer och stärka både identitet och självbild i ett tillfrisknande, vilket respondenten här får hjälp med som hade varit svår att få till under andra former som skulle innebära både högre tidsåtgång och ett större integritetsinskränkande.

Kontroll är inte något som bara upplevts negativt av någon av intervjupersonerna utan ses i alla fall som något nödvändigt för att de ska kunna bibehålla en nykterhet. Sex utav intervjupersonerna nämner att det egna ansvaret över kontrollen, genom att det alltid finns en valmöjlighet att blåsa eller inte vid de förutbestämda kontrollerna under dagen, har fungerat motiverande. Att överta kontrollen i detta sammanhang innebär inte att det inte längre utgör en social kontroll vilket är en av de största anledningarna till att vi inte avviker från normen och för någon som ser sig själv som avvikande är det än viktigare att bekräfta för omgivningen att denne upprätthåller ett socialt accepterat mönster, i detta fall gällande alkohol. En av intervjupersonerna berättar att det blir en trygghet för hen att veta att-

"På andra sidan tråden sitter min terapeut och ser att jag är nykter och gör mina kontroller utan att vi behöver prata med varandra eller träffas mer än när vi har våra samtal, det känns bra, tryggt och bekräftande att veta att hon vet och ser att jag är nykter"

En intervjuperson uppger att hen under flera tillfällen tagit återfall och under dessa tillfällen tänkt att det är hens eget val att blåsa eller inte och använt sig av olika bortförklaringar till varför hen kan dricka och inte behöver göra nykterhetskontrollerna, vilket heller inte varit fallet då behandlingen var frivillig. När intervjupersonen sedan av eget val sökt sig tillbaka till behandlingen och terapeuten har de tillsammans tittat på de mönster som hen visat innan och under återfallen. Intervjupersonen uppger att det kändes både tryggt men även obehagligt att låta en annan människa ha en sån insyn i hens liv, att det nästan kändes som att terapeuten visste mer om intervjupersonen än vad denne visste om sig själv.

En av intervjupersonerna behövde tidigare åka till socialtjänsten samt ta emot besök från de dagligen för att göra nykterhetskontroller för att få behålla vårdnaden om sina barn. Intervjupersonen berättar att när hen fick erbjudande och började med TripleA har vardagen blivit mycket enklare att få ihop och det har varit lättare att få till de övriga bitarna i livet som att träffa pro-sociala vänner och söka arbete och försöka få samla de pusselbitar som respondenten tidigare drack på genom självstigmatisering.

Identitet

Flera av respondenterna uppger att de upplevt sig vara en samhällsbelastning och att denna känsla lättades av att de själva fick överta en del av kontrollen och majoriteten av intervjupersonerna uttryckte att de fått större självinsikt sedan de börjat använda TripleA i kombination med terapi och speciellt i samband med återfall då de som återfallit kunde gå tillbaka och se mönster i sitt beteende innan återfallet genom den statistik som sparats i databasen. Tidigare ledde eventuella återfall till känslor av skam, hopplöshet och självförakt, medan det nu istället kunde kopplas till olika händelser i livet som förkylningar, ledigheter, konflikter eller dålig sömn och depressiva symptom. En av intervjupersonerna beskriver att-

”Synen på hur sjukdomen beter sig hos mig har förändrats och jag har fått en mycket större insikt i hur den ter sig och återfall händer inte längre plötsligt utan jag ser mönster. Jag kan se förhandlingarna med mig själv och börjar känna igen och kan själv sätta stopp för förloppet.”

Ovanstående är ytterligare ett tydligt exempel på hur det digitala vårdverktyget direkt hjälper till att sticka hål på de myter som stigmat skapar, de misskrediteringar som individen tilldelat sig själv, genom andra, och som leder till förvirring då de falska tillskrivna egenskaperna inte riktigt går att arbeta med i en förändringsprocess då de egentligen inte existerar. Om du vet

om att en semesterperiod är en riskfaktor där ett potentiellt återfall är möjligt så kan du också arbeta med de bakomliggande personliga faktorerna till varför det utgör en risk, som bortfall av rutiner, otrygghet, avsaknad av den stimulans som arbetet utgör etc. och åtgärda och uppmärksamma dessa risker aktivt.

En av mina frågor jag ställde till respondenterna handlade om ifall faktumet att TripleA var en medicinskt klassad produkt hade någon betydelse för dom och alla ansåg att det var positivt för tillförlitligheten och att det kändes seriöst. Flera tog upp att de upplevde att det förstärkte upplevelsen av alkoholism som sjukdom istället för något som berodde på karaktärsbrist eller som en uttryckte- ”*nån typ av hjärnskada*”. Några hade tidigare tagit antabus och i jämförelse så var alla dessa intervjupersoner mer positiva till TripleA då det fanns många upplevda biverkningar av antabus och en oro kring hur mycket medicinen påverkade deras kroppar negativt. Att ha möjligheten att undvika något som en oroar sig över att det kan skada ens kropp utgör en bra möjlighet för uppbyggnaden av en positiv självbild och att stärka sig gentemot stigmat även om vårdverktyget inte utgör ett fysiskt hinder från att dricka alkohol såsom antabus vilket inte kanske skulle passa alla individers missbruks- och beroendebild. Det fanns också en upplevelse av att beroendevården var avgränsad från sjukvården och att den professionella personal som arbetade på behandlingshem och inom beroendevård upplevdes ”flummiga” och inte lika professionell och utbildad som den personal som arbetar inom sjukvården. Att TripleA är en teknisk produkt upplevdes som en motpol till detta ”flummiga”. En intervjuperson berättar att-

”Jag drog länge på att söka hjälp eftersom jag inte ansåg mig själv vara alkoholist, jag hade ju jobb och ett bra liv, ett lyckat liv liksom, jag tyckte det även om jag fick en del konsekvenser av mitt drickande. Vad skulle hända med mitt liv om jag accepterade faktumet att jag var en alkis? Hur skulle familj och vänner ställa sig till det? Om det bara hade varit som ett vanligt läkarbesök på vårdcentralen hade det nog varit enklare men tänk om någon såg mig på en beroendemottagning, då skulle mitt liv vara över! Istället söp jag nästan bort allt. Jag önskar att jag fått höra om TripleA tidigare, jag tror att jag hade nappat på konceptet eftersom jag är en riktig tekniknörd. Teknik och alkoholism rimmer illa och det hade gjort det lättare, ironiskt va?”

I dagens samhälle är anammandet och innehavet av ny teknik i många fall en prestigesymbol vilket kan ses stå i kontrast till stigmat. I det här fallet är vårdverktyget även medicinskt klassat genom en internationellt erkänd certifiering vilket förstärker känslan av att

alkoholproblemen inte beror på något i respondenterna inneboende karaktärsfel utan något som går att förklara biologiskt och som är möjligt att åtgärda, kontrollera och som faktiskt delas med många andra (Goffman, 2011).

7. Avslutande Diskussion

Den sociala kontrollen krävs i samtliga fall för att respondenterna ska bibehålla sin nykterhet och det är något som innebär en stor investering av tid och resurser från både individ och samhälle, detta har lett till att många av respondenterna dragit sig för att söka hjälp, utifrån rädslan att bli avslöjade som stigmatiserade, att medvetet sålla sig till skaran stigmatiserade samt utifrån skammen över att vara en samhällsbelastning. Stigmat har, precis som Weathers föreläser om (2014), skapat ett hinder från att söka hjälp och få kontroll över sina alkoholproblem vilket ett digitalt vårdverktyg, genom sin flexibilitet, tekniska prestigestatus och vetenskapliga förankring har fungerat som en bro för flera av respondenterna att komma över. En fråga är om prestigeegenskapen skulle förloras om vårdverktyget blev ett naturligt inslag i den konventionella beroendevården eller om det rent ut sagt kan utgöra en av mekanismerna som gör att alkoholberoende blir än mindre karaktärs-stigmatiserat, vilket är en process som är ständigt pågående utifrån den forskning och de framsteg som sker inom området (Weathers, 2014).

En av de främsta funktionerna som jag kan se att vårdverktyget uppfyller är att det hjälper till att läka de nära relationer som enligt Goffman är en av de viktigaste förutsättningar för en stigmatiserad att kunna vila från upprätthållandet av sin virtuella identitet i de ytliga sociala miljöer där en stor del av vardagen för de flesta respondenter utspelar sig och där rädslan att bli avslöjad är som störst. Min tanke utifrån det insamlade materialet är att även de anhöriga blir påverkade av hur alkoholberoende stigmatiseras och krediterar sina nära anhöriga utifrån den distans som upplevelse av svek och misstro skapar. Många anhöriga tar på sig rollen som kontrollanter och ovan kan vi se att det minskar oron och skapar bättre och mer intima relationer på sikt vilket vi även kan se i den forskning som finns gällande tekniska kontrollmedel för andra typer av diagnoser (Goffman, 2011; Oudshoorn, 2011). Ur ett barnperspektiv anser jag att det också finns möjlighet att utveckla socialtjänsten och ge fler barn möjligheten att få bo kvar i sin hemmiljö, och undvika det trauma som ett omhändertagande kan utgöra, med utökad kontroll av föräldrarnas misstänkta missbruk genom vårdverktyget och att det även hos dessa individer, precis som hos flertalet respondenter, kan utgöra en brygga till utökade frivilliga insatser (Goffman, 2011). Ett digitalt vårdverktyg kommer heller inte i dagsläget att kunna ersätta den konventionella beroendevården men det

finns utifrån studien en fördel med att använda TripleA eller likvärdiga produkter i eftervård och/eller tillsammans med öppenvårdsinsatser och möten inom självhjälsgrupper, eller vid misstanke och kartläggning av risk- eller missbruk på exempelvis arbetsplatser eller inom socialtjänsten.

Självstigmatiseringen har varit stark hos alla respondenter och även här har vårdverktyget fyllt en tydlig funktion genom att respondenterna fått en större självinsikt vilket motbevisat många av de misskrediterade egenskaper de tillskrivit sig själva utifrån karaktärsstigmat. Genom att kunna visa svart på vitt hur deras alkoholkonsumtion och deltagande i självhjälsgrupper sett ut har de också kunnat understödja den absoluta sanningen och tvättat bort de myter och det ovetande som tidigare skapat stor oro både hos de själva och den närmaste omgivningen. Ur ett identitetsperspektiv fyller det digitala vårdverktyget en funktion genom att hjälpa till att bekräfta för användaren, genom den data den samlar in, vad som är föreställningar utifrån stigmatisering och vad som är fakta utifrån individens faktiska verklighet och stärka den personliga identiteten.

Att svensk beroendevård upplevs som ”flummig” och oseriös av flera respondenter är oroväckande och förstärker det faktumet att många drar sig för att söka hjälp för sitt substansberoende. Vårdverktyget upplevs som seriöst och mer förankrat till sjukvården vilket kan innebära att ny teknik och innovationer inom beroendevården är ett steg i rätt riktning för att göra beroendevården mer attraktiv och förtroendeingivande. För de som genomgår en behandling inom den konventionella beroendevården är statistiken på hur många som faktiskt inte återfaller i missbruk väldigt bristfällig och här har ett digitalt vårdverktyg en möjlighet att i en eftervårdskontext faktiskt samla in adekvat data och vara en del i ett kvalitetsledningssystem. Gällande skillnaden av respondenternas upplevelser av tidigare behandlingar och den behandling som innefattar TripleA framkom det att det till större delen handlar om möjligheten till platsobundenhet och täta kontroller som är fördelar. Ingen av respondenterna såg några nackdelar med att använda vårdverktyget och ansåg det vara ett viktigt och motiverande komplement till de övriga insatser som deras nuvarande individuella behandlingsplan innebar.

Det finns tydliga likheter mellan respondenternas och de användare som deltagit i tidigare forsknings upplevelser av digitala kontrollmedel, speciellt gällande de anhöriga, även om alla respondenter i denna studie hade positiva upplevelser av distansen mellan de och de som skötte kontrollen vilket kan bero på att det handlar om vitt skilda sjukdomsbilder.

Just de hinder som respondenterna beskriver till varför de dragit sig för att söka vård igen för sitt alkoholmissbruk eller beroende kan till viss del ny teknik överbrygga även om det kan vara på grund av att detta inte är ett naturligt inslag i den konventionella beroendevården. Till

detta hör även att vårdverktyget upplevs som ett tillförlitligt inslag i en sektor som ofta upplevs oseriös och oprofessionell. Friheten som de platsbundna kontrollerna innebär spelar också en roll som tidigare inte tillgodosetts hos respondenterna och har inneburit allt från att ha ett ”normalt” familjeliv till att kunna fortsätta sköta sina arbetsuppgifter på arbetsplatsen utifrån ett för individen tillfredsställande sätt.

En studie kring användare av digitala verktyg inom beroendevården där en fördjupning kunde ske kring både de anhörigas upplevelser hade varit givande för att få en djupare förståelse för hur användarnas närmaste relationer påverkas hade varit givande utifrån den potentiella läkningskraft dessa relationer har när de är välfungerande för individer som lever med stigma. En mer omfattande studie kring användarnas upplevelser där kvantitativa undersökningar kombineras med de kvalitativa hade även det utökat förståelsen. Jag hade inledningsvis tankar på att använda George Simmels *främlingsbegrepp* och *social distans* och se vilken koppling dessa har till användarnas upplevelser samt Zygmunt Baumans postmodernistiska teorier kring modernitet och snabbväxande högteknologiska miljöer som en eventuell negativ påverkan av digitala vårdverktyg. Även Howars Rheingolds verk *The virtual community* (2000) och liknande teorier kring hur digitala sociala miljöer och virtuella verktyg kan utgöra en grund för individer att lättare vara mer öppna socialt och den terapeutiska kopplingen till detta och digitala vårdverktyg hade varit en intressant vinkling och dessa är mina förslag på vidare forskning.

8. Referenslista

Tryckt litteratur

Alvesson, Mats; Billing Due, Yvonne (2009) *Kön och organisation*. Studentlitteratur AB, Lund

Bergmark, A & Oscarsson, L (1988) *Drugmisuse and Treatment- A Study of Social Conditions and Contextual Strategies*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International

Bryman, Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm, Liber

Faulkner, Alex (2008) *Medical technology into healthcare and society: a sociology of devices, innovation and governance*. Palgrave Macmillan Ltd. Hampshire, UK

Foucault, Michael (2003) *Övervakning och straff*. Stockholm, Arkiv

Goffman, Erving (2011) *Stigma- den avvikandes roll och identitet*. Studentlitteratur AB, Lund

Narhona, A; Cui, C; Harris, A; Crabbe, J (2007) *Neurobiology of Alcohol Dependence*. Academic Press, Elsevier Inc. London, UK

Oudshoorn, Nelly (2011) *Telecare Technologies and the Transformation of Healthcare*. Palgrave Macmillan Ltd. Hampshire, UK

Artiklar

Akademiska (2015), *Har du råd att inte förnya?*- värdet av innovationer i vården.

<http://www.akademiska.se/Global/IA/Rapport%20IAs%20levererade%20v%C3%A4rde%20version%202014%20juni.pdf> hämtad 2017-02-01.

Dennis, Michael & Scott K, Christy (2007) *Managing addiction as a chronic condition*.

Addict Sci Clin Pract. 2007 dec; 4

Link, Bruce & Phelan Jo (2001) "Conceptualizing Stigma" i Annual Review of Sociology vol.27

Quanbeck, Chih, Isham, Johnson och Gustafson (2014) *Mobile delivery of treatment for alcohol use disorders- a review of the literature*. Alcohol research- current reviews. Vol.36

Skårner, Anette (?) *Sociala perspektiv på missbruk och beroende*. Institutionen för socialt arbete: Göteborgs universitet www.riktlinjerivast.se/Dokumentationer/Sociala_faktorer.ppt hämtad 2017-02-01

SOU 2006:57, *En bättre tillsyn av missbrukarvården*. Statens offentliga utredningar.

Växtzon 20160914 Elins presentation.pdf

Media

Weathers, Bob (2014) *Recovery without shame or stigma*. California Southern University.

<https://www.youtube.com/watch?v=gJE-jPIoPj0>. Hämtad 2017-04-19

9. Bilagor

Intervjuguide

1. Upplever du någon skillnad mellan tidigare behandlingar du deltagit i pga alkoholmissbruk och den behandling då du använt dig av TripleA?
2. Ser du någon skillnad i din egen inställning till din missbruksproblematik i samband med användningen av TripleA jämfört med tidigare?
3. Finns det någon skillnad i anhörigas attityd utifrån samma perspektiv som ovan?
4. Har din attityd mot omgivningen förändrats sedan du påbörjade behandling med TripleA?
5. Kan du se om det ökade ansvaret på dig gällande kontroll har någon påverkan på hur du ser på ditt missbruk/beroende?
6. Kan du se om friheten från att befinna sig på olika platser vissa tider påverkar din syn på dig själv som individ?
7. Har det någon påverkan att TripleA är en medicinskt klassad produkt?