



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

Tramadol

**En studie om yrkesverksammas uppfattningar av ett
växande problem bland ungdomar**

André Hultgren

Kandidatuppsats SOPA63
VT 2019
Handledare: Eva Palmblad

Abstract

Author: André Hultgren

Title: Tramadol – A study about the perceptions of professionals regarding a growing problem among adolescents

Supervisor: Eva Palmblad

Assessor: Mikael Sandegren

Tramadol is a synthetic opioid which for the past 10 years have been on the rise as an abuseable drug in the adolescent and young adult group in Sweden. By conducting semistructured interviews with professionals at four different youth clinics focused on substance abuse, called Maria-clinics, this study aims to seek and discuss possible answers regarding why adolescents and young adults in Sweden are abusing Tramadol and if there are any differences between the group of adolescents and young adults who are substance abusers but not of Tramadol and the group of adolescents and young adults who are also abusing Tramadol. Further it explores what treatments and methods that are being used to help young Tramadol-users today, and what treatments and methods professionals see a need for in the future to help the group. The results of the study show that a possible answer to understand why Tramadol has become such a popular drug lies in how multifaceted the drug is, and how the adolescents and young adults at the beginning of the addiction are using it for many different occasions. Further, the results are analyzed with a focus on theories about identity development in adolescents and young adults. Regarding treatment and support for the group the study finds that professionals describe a much higher need for medical treatment and in particular medical detoxification for young Tramadol users, in combination with more intense motivational treatment after the detoxification.

Keywords: Tramadol, adolescent substance abuse, youth substance abuse, identity development, adolescent opioid abuse, addiction,

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| 1. Problemformulering | 2 |
| 2. Syfte och frågeställningar | 3 |
| 3. Bakgrund | 4 |
| 3.1 Tramadol | 4 |
| 3.2 Maria-mottagningar | 5 |
| 4. Tidigare Forskning | 5 |
| 4.1 Sökningsförfarande | 6 |
| 4.2 Kartläggningar | 6 |
| 4.3 Missbruk och identitet | 7 |
| 4.4 Behandling | 8 |
| 5. Teoretiska utgångspunkter | 9 |
| 5.1 Erik H. Eriksons livscykelteori | 9 |
| 5.2 Jan Ramström - Tonåringen i välfärdssamhället | 10 |
| 5.3 Tramadol - en opioid | 12 |
| 6. Metod | 13 |
| 6.1 Förförståelse | 13 |
| 6.2 Metodval | 14 |
| 6.3 Urvalsförfarande | 15 |
| 6.4 Studiens genomförande | 16 |
| 6.5 Analysförfarandet | 17 |
| 6.6 Studiens reliabilitet | 19 |
| 6.7 Studiens validitet | 20 |
| 6.8 Etiska reflektioner | 21 |
| 7. Analys och resultat | 21 |
| 7.1 Respondentbeskrivning | 22 |
| 7.2 Skillnader mellan grupper | 22 |
| 7.3 Hur kommer ungdomen i kontakt med Tramadol? | 23 |
| 7.4 Ungdomen i början av ett Tramadolmissbruk | 24 |
| 7.5 När missbruket eskalerat | 26 |
| 7.6 Att sluta med Tramadol | 29 |
| 7.7 Insatser för gruppen | 30 |
| 8. Avslutande diskussion | 33 |
| Referenslista | 35 |
| Bilaga 1 - Informationsbrev | 38 |
| Bilaga 2 - Intervjuguide | 39 |

1. Problemformulering

Under många år har cannabis haft en särställning som den drog som flest ungdomar och unga vuxna missbrukar. Detta kan man bland annat se genom att titta på Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN) rapportserie *Skolelevers drogvanor*, som ges ut varje år. I rapporten avseende år 2018 representerade cannabis 96% av gymnasieelevers narkotikaerfarenhet, och 91% av högstadieelevers (Zetterqvist, 2018).

Under 2010-talet har dock nya mönster i ungdomsmissbruk börjat träda fram. Allra främst framträdande i detta nya mönster är det som börjar bli ett utbrett användande av den syntetiska opioiden Tramadol. I en artikel i Svenska Dagbladet, publicerad 24/12 2018, berättar en läkare vid Maria Ungdom i Stockholm att missbruket av Tramadol bland unga varit känt i Malmö i över tio år, men allt mer spridits till resten av landet. Vidare uppger läkaren att genomsnittsåldern för en med tramadolmissbruk som kommer till Maria Ungdom i Stockholm är 17, och att det nästan alltid är ungdomens föräldrar, polis eller socialtjänst som ”tvingar” ungdomen dit (Malmqvist 2018). Även i till exempel Borås och Trelleborg larmar yrkesverksamma vid liknande mottagningar som kommer i kontakt med missbrukande ungdomar för att Tramadol blir allt vanligare, och att det på sikt till och med kan konkurrera ut cannabis som den vanligaste drogen för gruppen (Westergren 2018; Granberg 2018).

Även Tullverkets siffror verkar tala för en stor ökning av mängden Tramadol i omlopp i Sverige. Medan Tullverket åren 2012 – 2015 gjorde beslag på ca 200 – 300 000 tabletter Tramadol om året, gjorde de mellan januari och september 2017 beslag om ca 1,1 miljon tabletter. (Läkemedelsverket, 2017)

När det gäller behandling av ungdomar i missbruk har Socialstyrelsen ett flertal insatser som de i sina riktlinjer rekommenderar. Dessa innefattar bland annat motivationshöjande behandling kombinerat med kognitiv beteendeterapi, Brief Strategic Family Treatment, Multisystemisk terapi med flera. Vad som dock är intressant är att Socialstyrelsens rekommendationer grundar sig på genomförda vetenskapliga studier, ofta gjorda med kontrollgrupper, men studierna som rekommendationerna grundas på är nästan samtliga gjorda på ungdomar med antingen en cannabis-problematik eller en alkohol-problematik. Väldigt få av studierna har haft ungdomar med annat missbruk, till exempel då smärtstillande läkemedel som urval. Detta kan göra det svårt att bedöma hur pass väl insatserna lämpar sig till dessa grupper. (Socialstyrelsen, 2019a)

Samtidigt ställs ungdomar och unga vuxna idag inför andra problem och bekymmer än vad ungdomsgrupper tidigare i historien kanske någonsin gjort. Detta menar åtminstone Lars Dencik i hans kapitel ”Att växa upp i turbosamhället: nya villkor och utmaningar” i boken *Familj, vardagsliv och modernitet: En festskrift till Margareta Bäck-Wiklund* från 2011. Där beskriver Dencik (2011) hur ungdomsgruppens utmaningar i dagens samhälle går att se som ett formel 1-lopp, där det handlar om att för ungdomen i turbofart klara av skola, hitta jobb, vara social, hitta kärleken med mera, samtidigt som Dencik (ibid) i metaforen menar att familjesammanhanget skall fungera som depå för ungdomen i formel 1-loppet. Men då även familjen och föräldrarna själva lever i detta turbosamhälle menar Dencik (ibid) att det finns risk att påfyllningen i familjedepån också den blir i turbofart, vilket gör att ungdomen får svårt att gå ner i varv. Vidare menar Dencik (ibid) att detta turbosamhälle ställer nya krav på ungdomen i form av självdisciplin och impuls kontroll, utifrån den ökade tillgängligheten av frestelser så som droger, pornografi, spel och så vidare.

Med den bild Dencik (2011) presenterar av dagens samhälle blir problemet kring Tramadol än mer intressant att undersöka. Är det så att ungdomar idag vänder sig till droger som Tramadol för att klara av den turbofart där de förväntas klara av skola, jobb, sociala sammanhang och så vidare? Eller är det så att drogen istället används för att det Dencik (ibid) kallar påfyllning i familjedepån går för fort, och ungdomen därav inte kan gå ner i varv? Och vad händer med ungdomens utveckling mot vuxenlivet och en vuxen identitet om den behöver ta till sådana medel för att klara av ungdomstiden?

Det är utifrån detta jag nu presenterat i denna problemformulering som gör att jag finner det vara av betydelse att vidare undersöka problemet med Tramadol bland unga. Dels utifrån att utvecklingen verkar gå mot att det bara blir allt vanligare i gruppen, samt att det verkar råda oklarhet hur gruppen ska bli hjälpt på ett bra sätt. Då missbruk traditionellt alltid varit en viktig del av socialt arbete, i kombination med att frågan rör ungdomar som utan god hjälp kan gå en sämre framtid till mötes, finner jag att studien har stark relevans för socialt arbete.

2. Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att belysa hur yrkesverksamma som kommer i kontakt med missbrukande ungdomar och unga vuxna uppfattar ungdomars missbruk av det smärtstillande läkemedlet Tramadol, samt vilka insatser de yrkesverksamma upplever finns och bör finnas för denna grupp.

Frågeställningar studien ämnar besvara är:

1. Hur upplever de yrkesverksamma att ungdomarna/de unga vuxna som missbrukar Tramadol skiljer sig från missbrukande ungdomar/unga vuxna som inte tar Tramadol och vad tror dem att dessa skillnader isåfall beror på?
2. Hur anser de yrkesverksamma att ett Tramadolmissbruk påverkar ungdomen/den unge vuxne psykiskt, socialt och fysiskt?
3. Vilka insatser och vilken hjälp finns för gruppen i dagsläget, och hur anser de yrkesverksamma att dessa insatser fungerar?
4. Vilka insatser och hjälp som inte finns tillgänglig i dagsläget anser de yrkesverksamma att gruppen skulle vara i behov av?

3. Bakgrund

3.1 Tramadol

Tramadol är sedan 2012 en narkotikaklassad helsyntetisk opioid, med avsikt att användas i smärtlindrande syfte. Bland de mer kända opioiderna hör heroin, morfin, Metadon och Buprenorfin. Traditionellt har opioiders missbruksvärde kommit av de känslor av eufori, avslappning, ångestlindring och dåsighet som infinner sig. Vidare kännetecknas opioider av den tolerans-ökning som kan ske väldigt fort, där individen måste höja dosen av substansen för att få den eftersökta ruseffekten. Avseende detta skiljer sig inte Tramadol från övriga opioider. Det som däremot skiljer Tramadol och gör den till en unik opioid är att den påverkar två system i kroppen. Den påverkar dels det opioida systemet i kroppen, likt traditionella opioider, och lindrar smärta och ångest, men Tramadol påverkar även det serotonerga systemet. Detta har betydelse då Tramadols påverkan på det serotonerga systemet gör att Tramadol till viss del har samma effekt som antidepressiva läkemedel, och gör således användaren mer aktiv och ”uppåt”.

Farorna med ett missbruk av Tramadol är både rent fysiska, i form av en avsevärt ökad risk för epileptiska krampanfall och andningsnöd, samt att abstinensbesvären är samma som vid andra opioider, då i form av ofrivilliga skakningar, frossa, mycket svår ångest, influensaliknande symtom och kramper. Vidare finns det en risk för sådan överkonsumtion att missbruket leder till en överdos, med andningsdepression och livshotande somatisk status som konsekvens. I Socialstyrelsens presentation av statistik om läkemedels-och narkotikaförgiftningar var Tramadol bland de fem

vanligaste preparaten både vid konstaterade suicidfall och vid de dödsfall där avsikten varit oklar. (Socialstyrelsen 2019b; Odö 2019; Forsling 2019)

3.2 Maria-mottagningar

Maria-mottagningar, även på sina håll i landet kallat Maria Ungdom, är ungdomsmottagningar specialiserade mot missbruk och riskbruk av alkohol och droger bland ungdomar och unga vuxna. Namnet kommer av att den första Maria-mottagningen låg på Maria sjukhus i Stockholm och öppnade på 1960-talet. Idag finns Maria-mottagningar bland annat i Göteborg, Stockholm, Malmö, Lund, Helsingborg och Borås. Vissa av mottagningarna är mindre, och då kallas de ofta för "Mini-Maria" följt av ortens namn.

Majoriteten av mottagningarna är samarbeten mellan regionens sjukvård och kommunens sociala skyddsnät, vilket gör att de professioner som vanligast hittas på mottagningarna är kuratorer, socionomer, ungdomsbehandlare, psykologer, sjuksköterskor och läkare. De flesta mottagningar beskriver på sina hemsidor att de erbjuder stöd, råd och behandling, ofta samtalsbehandling, till både ungdomar med missbruksproblematik, samt till ungdomarnas föräldrar i form av anhörigsamtal. Maria Ungdom i Stockholm sticker i detta sammanhang ut, då de både har en akutmottagning och en avdelning för planerade inläggningar för ungdomar och unga vuxna upp till 20 år. Annars är det vanligaste att Maria-mottagningarna har öppet kontorstider. (Region Stockholm u.å) (Region Skåne, u.å) (Helsingborg kommun, 2019)

4. Tidigare Forskning

Vad gäller tidigare forskning kring tramadolmissbruk i synnerhet och opioidmissbruk generellt bland ungdomar och unga vuxna har det gjorts en ganska stor mängd studier som ligger närmast att kallas kartläggningar, både kring målgruppens narkotikaanvändande i stort och kring målgruppens bruk av tyngre droger där opioider hör till. När det gäller studier avseende utvärderingar och utforskande av behandlingar av sådant tyngre missbruk hos målgruppen verkar dock kunskapsläget vara klenare. I denna del av studien kommer jag presentera några av dessa kartläggningar, samt en studie som utvärderat en behandlingsmetod av målgruppen. Vidare kommer jag presentera två studier som undersöker identitet kopplat till missbruk. Detta finner jag vara av relevans för denna studies forskningsproblem utifrån studiens andra frågeställning gällande hur tramadolmissbruk kan tänkas påverka unga personer. Om missbruket påverkar den unge socialt och psykiskt kan det finnas skäl att anta att även ungdomens identitet påverkas.

4.1 Sökningsförfarande

För att få förkunskap och en överblick över tidigare forskning på området genomfördes flera sökningar genom Lunds Universitets elektroniska databas. Sökord som användes var kombinationer av: "Tramadol", "adolescent", "substance abuse", "drug abuse", "opioid abuse", "youth", "young adults", "treatment", "identity", "identity development" och "synthetic opioids". För att få en överblick av vilken tidigare svensk forskning som gjorts översattes sökorden även till svenska. Vidare har en av studiens respondenter delat med sig av artiklar hen själv läst gällande ämnet.

4.2 Kartläggningar

I en studie från 2017 utförd på öppenvårdsmottagningen Maria Malmö, som arbetar med åldersgruppen 15-25, har Martin Olsson et al. genom att studera intagningsintervjuer, håranalyser och egna intervjuer med målgruppen gjort ett försök att se på vilka sätt gruppen unga som missbrukar Tramadol skiljer sig från andra grupper av unga missbrukare. Olsson et al. (2017) fann att unga tramadolmissbrukare i nästan tre gånger så stor utsträckning jämfört med de som hade cannabis eller alkohol som huvuddrog testade positivt för andra droger, då främst cannabis men även kokain, bensodiazepiner och ecstasy. Vidare fann Olsson et al. (2017) att unga tramadolmissbrukare även i högre utsträckning var dömda för brott. De (ibid) fann dock inte att gruppen var överrepresenterade när det kom till psykiatriska diagnoser.

I England genomförde Winstock, Borschmann och Bell 2014 en studie med internetenkäter där även de kom fram till intressanta resultat gällande tramadolmissbruk. Då medelåldern av de respondenter i studien som missbrukade tramadol var 30 år kan inte resultaten med tillförlitlighet säga något om det är samma för yngre åldersgrupper, men jag finner att resultaten trots detta bör anses vara av relevans för min studie. Winstock, Borschmann & Bell (2014) fann att av respondenterna som brukade tramadol hade 64% fått läkemedlet på recept av läkare, 34% hade fått läkemedlet av en vän och 3,3% hade köpt det av en langare. I enkäten fanns det även möjlighet för respondenterna att svara på av vilka anledningar de tog tramadol, varpå ca 75% svarade smärtlindring, ca 31% svarade avslappning, 28% svarade "för att sova", 25% svarade "för att bli hög", 16% angav skälet uttråkning och 10% svarade "för att lindra oro".

Av de som inte fick tramadol på recept var angivna skälet "smärtlindring" avsevärt lägre förekommande, medan de andra skälen var avsevärt högre förekommande.

Vidare, för att fortsätta det internationella perspektivet, fann Bassiony et al. (2018) i en studie de gjort angående hur utbrett opioidmissbruk och Tramadolmissbruk är bland egyptiska

universitetsstudenter, att prevalensen av Tramadolbruk bland studenter på det universitet där studien genomfördes uppgick till 12,3%. De (Bassiony et al. 2018) jämför sedan med tidigare studier, och finner att resultatet överensstämmer med liknande studier gjorda både i Iran och i Skottland. Vidare finner de (ibid) att debutåldern för Tramadol bland studenterna var vid 18 år, och att Tramadol var den drog som följde efter debut av tobak, alkohol och cannabis.

Tjäderborn et al. (2016) har undersökt förekomsten av ej föreskrivna narkotikaklassade läkemedel bland de som dömts för drograttfylla. I hennes studie finner Tjäderborn att Tramadol i åldersgruppen 15-24 är det vanligast förekommande narkotikaklassade läkemedlet vid drograttfylla, samtidigt som om en tittar på samtliga åldersgrupper hamnar Tramadol först på tredje plats, och bensodiazepiner är istället vanligast förekommande (Tjäderborn et al. 2016).

Torkel Richert och Björn Johnson vid Malmö Universitet varnar i en studie från 2013, som syftade till att undersöka förekomsten av missbruk av buprenorfin och metadon bland ungdomar och unga vuxna i Sverige, för att medan missbruket av de preparaten i målgruppen var mycket sällsynt förekommande, borde samhället istället rikta fokus mot tillgängligheten av Tramadol och bensodiazepiner då dessa förekom i en mycket högre utsträckning, var lättare för ungdomarna att få tag på och kan fungera som gateway-droger mot missbruk av tyngre som heroin och amfetamin. (Johnson & Richert 2013)

4.3 Missbruk och identitet

I en studie gjord av Burke et al. från 1978 ämnar forskarna att undersöka huruvida Erik H Eriksons begrepp negativ identitet och identitetsförvirring går att koppla till missbruk bland ungdomar. Sättet Burke et al. (1978) gör detta på är genom att utföra standardiserade självskattningsintervjuer, med fokus på 16 olika personlighetsvariabler, på en grupp ungdomar med missbruksproblematik och som hamnat på fel sida av lagen, och sedan göra samma intervjuer på en kontrollgrupp av ungdomar utan missbruksproblematik. Studiens resultat visade att där gruppen missbrukande ungdomar stack ut som mest i jämförelse med kontrollgruppen var avseende personlighetsvariablerna *skeptical/distrustful*, vilket Burke et al. (ibid) menar tar skepnad i att ungdomarna i högre utsträckning distanserar sig från och misstror sin omgivning som ett sätt att hantera sin ångest.

Vidare kopplar Burke et al. (1978) detta till Eriksons begrepp negativ identitet, där distanseringen och misstron hos ungdomen förklaras som konsekvenser av en identitetsförvirring som lett till att ungdomen anammat den negativa identiteten, där misstro och distans fungerar som undermedvetna försvarsmekanismer.

En annan studie, gjord av Verkooijen, Vries och Nielsen från 2007 ville undersöka hur ungdomars identifiering med olika subkulturer påverkade förekomsten av alkoholbruk, tobaksbruk och cannabisbruk. De (Verkooijen, Vries & Nielsen 2007) skickade ut postenkäter där ungdomar fick skatta både deras bruk av tidigare nämnda substanser, samt huruvida de identifierade sig med en eller flera av subkulturerna sporty, pop, skate/hip-hop, quiet, techno, computer nerd, religious och hippie. Studiens resultat visade att ungdomar som identifierar sig som tillhörande subkulturerna techno, skate/hip-hop och hippie hade ett avsevärt högre bruk av cannabis, och de som identifierade sig som tillhörande flera av dessa brukade flest substanser, medan ett tillhörande i gruppen pop verkade ha flest tobaksrökare (ibid.). Verkooijen, Vries & Nielsen (ibid) diskuterar att deras resultat kan betyda att interventioner riktade mot specifika subgrupper och kulturer skulle kunna ha en större effekt än interventioner som riktar sig till hela ungdomsgruppen, samtidigt som de också varnar för att ett för stort fokus mot specifika subkulturer kan ha motsatt effekt och göra att sådana grupper upplever sig stigmatiserade.

4.4 Behandling

Som jag nämnt tidigare är kunskapsläget gällande behandling för målgruppen inte lika utbrett som när det gäller kunskapsläget kring vem eller vilka målgruppen faktiskt är. En studie som Godley och Pasetti m.fl gjorde 2017 kom dock fram till att behandlingsmetoden Adolescent Community Reinforcement Approach, A-CRA förkortat, verkar ha positiva effekter.

Metoden syftar till att genom att terapeuten arbetar praktiskt och med individen ”ute i verkligheten”, och mot meningsfull sysselsättning som studier och arbete, ska det möjliga drogfria livet bli för individen mer värdefullt än missbruket (Socialstyrelsen 2019a). Godley och Pasetti m.fl (2017) undersöker effekterna av insatsen genom att jämföra två grupper i samma behandling, en grupp ungdomar/unga vuxna med primärdrog alkohol och/eller cannabis, och den andra gruppen ungdomar/unga vuxna med primärdrog opioider. Studiens resultat visar att bland gruppen som hade primärdrog opioider sjönk dagar där drogen brukats från 30% till ca 10% 12 månader efter att behandlingen påbörjats. Detta var samma siffror som gruppen som hade alkohol och/eller cannabis som primärdrog uppvisade (Godley & Pasetti et.al 2017). Vad som också är intressant med deras

studie är de siffror de presenterar avseende skillnader mellan grupperna, då gruppen med primärdrag opioider hade avsevärt fler och högre allvarlighet av riskfaktorer, då bland annat kriminellt beteende, skolfrånvaro, perioder av hemlöshet, och psykisk ohälsa där förekomsten av suicidtankar fram för allt skiljde sig mycket.

5. Teoretiska utgångspunkter

Som grund för att analysera mina resultat har jag valt att som utgångspunkt använda mig av Erik H. Erikssons psykologiska livscykelteori, med fokus på det Erikson i boken *Den fullbordade livscykeln* från 2004 skriver om tonårsstadiet. För att vidare utveckla ett teoretiskt ramverk att utgå ifrån har jag även valt att använda mig av Jan Ramströms bok *Tonåringen i välfärdssamhället - om svårigheterna att bli vuxen i dagens västerländska kultur* från 1991 där Ramström presenterar en teoretisk modell med en fot i utvecklingspsykologi och en fot i kulturteori, och ämnar genom modellen ge en möjlig förklaring för ungdomars svårigheter att utvecklas i det moderna samhället. Jag finner att dessa två teorier kompletterar varandra utifrån det denna studie ämnar undersöka. Medan Erik H. Erikssons teori kommer kunna användas för en utökad förståelse för respondenternas beskrivningar av målgruppens individuella svårigheter och utveckling, kan Ramströms teoretiska modell fungera för att förstå hur dessa individuella svårigheter och utveckling sedan påverkar och påverkas i ett växelspel med det välfärdssamhälle han beskriver i sin bok. Att använda mig av båda teorierna riskerar dock att leda till teoretisk överlappning, och av det skälet väljer jag att inte använda mig av det Ramström (1991) beskriver om ungdomens psykodynamiska utveckling.

Slutligen, för att analysera respondenternas uppfattningar kring insatser för målgruppen har jag valt att använda mig av etablerad missbruksteori gällande opioidmissbruk och behandling av opioidmissbruk och beroende, utifrån G. Hussein Rassools *Understanding Addiction Behaviours* från 2011 och Miller, Forcehimes & Zwebens bok *Treating Addiction - A Guide for Professionals* från 2011.

5.1 Erik H. Eriksons livscykelteori

Erik H. Eriksons livscykelteori utgår ifrån det av Sigmund Freud etablerade tidiga livsfaserna, då spädbarnsåldern, småbarnsåldern och lekåldern (Erikson, 2004). Erikson ämnade vidareutveckla Freuds psykoanalytiska teori, med fler livsstadier för en människas hela livsförlopp, då han menade att människan egentligen aldrig slutar ha psykosociala kriser, utan att de bara tar annan skepnad.

Däruv introducerar Erikson (2004) stadierna tonåren, de tidiga vuxenåren, vuxenåren och ålderdomen. Nedan kommer jag fokusera på tonårsstadiet.

Gällande tonårsstadiet utgår Erikson ifrån några grundläggande begrepp, som alla har sin motsvarighet i de andra stadierna. Först och främst har alla stadier sin egen psykosociala kris, varav tonårsstadiets kris är den att tonåringen ska bilda sig en egen stabil identitet, eller att det istället uppstår identitetsförvirring. Vidare har alla stadier sin radie för betydelsefulla relationer, där det går från att i spädbarnsåldern vara en modersgestalt till att i tonåren vara kamratgrupper och ledarskapsmodeller. Erikson (2004) menar att sättet tonåringen bildar sig en identitet är dels genom att tonåringen anammar och/eller förkastar de identifikationer tonåringen gjort under sin barndom, men även genom hur samhället identifierar de unga individerna, där Erikson menar att det finns ett samspel av erkännande, alltså att samhället erkänner den tonåring som ber om ett erkännande, och därigenom själv erkänner samhället. Ytterligare en sak som Erikson (ibid) talar om är att olika karaktärsstyrkor utvecklas i olika stadier, och för tonårsstadiet menar Erikson att *trohet* är denna styrka. Erikson (ibid) menar att tonåringens trohet går över från att söka stöd i sina föräldragestalter till att istället göra detta i större utsträckning hos de som tonåringen ser som rådgivare och ledare. Motpolen till trohet benämner Erikson (ibid) som ett rollförkastandet, och menar att detta rollförkastande kan ta sken i en osäkerhet och därigenom en tröghet till nya identifikationsmöjligheter. Det kan även, menar Erikson, leda till en systematisk trots, som Erikson menar i sin tur leder till att "en kombination av socialt oacceptabla identitetselement som ändå envist vidhålls" (Erikson 2004, 92).

5.2 Jan Ramström - Tonåringen i välfärdssamhället

I boken *Tonåringen i välfärdssamhället*, skriven av Jan Ramström och utgiven 1991, ämnar Ramström att ge en möjlig förklaring och teoretiskt ramverk för varför ungdomar trots en generellt högre levnadsstandard än tidigare verkar må sämre, eller som Ramström själv uttrycker det;

Denna utveckling ger dock inte "bara" en alltmer ökad otillfredställelse utan utgör också ett hot mot vår psykiska hälsa på ett allvarligare sätt. Genom att denna strukturförvandling påverkar människan i hennes känsligaste utvecklingsfaser (under perioden 0-3 år och i identitetsbildningsperioden mot slutet av tonåren) är det troligt att samhällssystemet producerar både en ökad mängd människor med tidiga karaktärsstörningar, som allt mer sällan kompenseras, och allt fler ungdomar med tecken på identitetsförvirring även utan att tidig störning föreligger. (Ramström 1991, 15)

Av utrymmesskäl, relevans och för att undvika överlappning med Eriksons teori väljer jag att främst använda det av Ramströms teori som handlar om ungdomens utveckling i koppling till samhället och yttre faktorer, snarare än det i Ramströms teori som handlar om ungdomens psykodynamiska psykologiska utveckling. Ramström (1991) menar att ungdomens utveckling är kopplad till ungdomens förutsättningar att bli vuxen, och menar att två övergripande faktorer skall betraktas som viktigast för detta: För det första huruvida ett vuxenblivande är tonårstidens huvudtema, och för det andra huruvida vuxenvärlden av ungdomen betraktas som attraktiv. När det gäller den första faktorn menar Ramström (ibid) att den förenklat handlar om huruvida samhället förmedlar till ungdomen att ungdomstiden skall vara ett led i att bli vuxen. Den andra faktorn, om vuxenvärldens attraktivitet, menar Ramström (ibid) är beroende av om ungdomen betraktar vuxenvärlden med hopp eller ”hot”. En obalans mellan hopp och hot, där hot dominerar, menar Ramström (ibid) bland annat kan leda till att tonåringen förnekat hotet, och därmed stannar kvar i ett ungdomsstadium. Vidare kan det leda till att tonåringens förmåga och vilja att identifiera sig med andra vuxna försvagas, samt att den unges utveckling av social kompetens och autonomitet hämmas. Ytterligare en konsekvens av en sådan obalans menar Ramström (1991) kan vara att tonåringen både har en oro för framtiden och en oro för framtidslöshet, menat en stark känsla av meningslöshet som då hämmar den existentiella identiten. När Ramström (1991) sedan mer konkret presenterar det moderna samhällets svårigheter att stödja ungdomars utveckling väljer han att benämna detta som en ”tonårsfälla”. Den första delen av tonårsfällan menar Ramström (ibid) handlar om att tonårstiden hamnar längre och längre ifrån vuxenvärlden. Några orsaker till detta menar Ramström (1991) är: Att ungdomen blivit en egen social kategori, att ungdomar idag är mindre beroende av föräldrar och andra traditionella vuxengestalter och att det generationsförhållande som tidigare funnits upplösts, att vuxenvärlden idag är avmystifierad, menat att ungdomar har en bättre koll på vad det innebär att vara vuxen, och slutligen att Ramström (1991) menar att ungdomstiden idag är idealiserad på så vis att ungdomstiden framställs som den mest fantastiska livsperiod. Vidare tar Ramström (1991) även upp hur drogmissbruk kan förstås utifrån hans teori, utifrån begreppen stödkultur och reträttkultur. Medan stödkulturer är ungdomskulturer där ungdomar kan hämta stöd i vuxenblivande-processen, och samtidigt ta en paus från detta när det är behövt, saknar reträttkulturer, dit Ramström (ibid) räknar drogmissbrukande subkulturer, den stödjande funktionen, och blir till en bromskloss i ungdomens vuxenblivande-process.

En annan aspekt, som Ramström (1991) för fram, är den gällande de förhållanden som behövs för att ungdomen ska få en god utveckling mot vuxenblivandet.

Av dessa finner jag främst att det Ramström (ibid) säger om vikten av att ungdomen har möjlighet till utveckling av sin sociala kompetens, och möjlighet att pröva denna. Här lyfter han nämligen fram skolan som en viktig del av detta; "Institutionella arrangemang - skolor - utgör en självklar del av dessa förutsättningar. Andra aspekter förmedlas av media och åter andra i informella grupperingar typ kamratgrupp och föreningar (...)" (Ramström 1991, 214).

5.3 Tramadol - en opioid

I det här kapitlet kommer jag redogöra för hur etablerad missbruksteori, utifrån Rassools *Understanding addictive behaviours* och Miller, Forcehimes och Zwebens *Treating Addiction - A Guide for Professionals*, beskriver opioidberoende och behandling av detta. Detta då Tramadol i grunden är en helsyntetisk opioid. Såväl Rassool (2011) som Miller, Forcehimes och Zweben (2011) utgår ifrån ett relativt medicinskt perspektiv, med ett fokus på somatiska besvär och symtom i både beroendebeskrivningar och behandlingsbeskrivningar. Rassool (2011) beskriver symtom av opioidabstinens utifrån vad som händer under de första 8-12 timmarna, följande 12-24 timmar och efter det första dygnet efter senaste bruket. Rassools (ibid) beskrivning är utifrån ett dagligt användande av opioider under minst två veckor. Under de första 8-12 timmarna uppstår förkylningsliknande symtom, i form av snuva och kallsvettning (ibid). Efterföljande 12 timmar karaktäriseras av förstorade pupiller, förstärkt ångest och irritabilitet (ibid). Först efter det första dygnet kommer de kanske mest kända opioidabstinenssymtomen; illamående och kräkningar, magvärk, diarré, sömnsvårigheter, depressiva symtom och stark muskel-och benvärk. För att bedöma nivån av opioidbruk eller beroende föreslår Rassool (2011) en lista över frågor yrkesverksamma bör ställa, då bland annat: Hur mycket, länge och frekvent opioiden tagits, om abstinenssymtom upplevts, om det finns en upplevd högre tolerans och om sociala, psykiska, juridiska och/eller medicinska problem uppstått till en följd av bruket.

Gällande behandling fokuserar Miller, Forcehimes och Zweben (2011) mycket på det behov av inneliggande vård som de bedömer föreligga vid ett opioidberoende. Som skäl för detta behov beskriver de i stort sett samma abstinenssymtom som Rassool (2011) gör, och att dessa gör att sluta med en opioid utan inneliggande vård, ofta kallat avgiftning, mycket svårt.

Vidare beskriver Miller, Forcehimes och Zweben (2011) att en annan risk som gör att ineliggande vård under åtminstone den första veckan efter att individen brutit sitt opioidmissbruk viktigt är att det föreligger en mycket förhöjd suicidrisk under abstinensfasen, vilket vårdpersonal uppmanas ha uppsikt och kunskap om.

När det gäller behandling och stöd/hjälp efter den akuta abstinensen och ineliggande vården förespråkar Miller, Forcehimes och Zweben (2011) bland flera insatser insatsen CRA (Community Reinforcement Approach) särskilt. De (ibid) menar att det särskilt när det gäller opioidmissbruk ofta dominerat missbrukarens liv under en så lång tid att alternativen i ett drogfritt liv som skulle kunna vara mer lockade för missbrukaren ofta är för hen okända. I dem fallen menar Miller, Forcehimes och Zweben (ibid) att CRAs fokus på att hitta meningsfullhet i tillvaron, i kombination med vanlig samtalsbehandling och stöd, kan ge goda effekter för en längre drogfrihet. Här vill jag dock tillägga att då heroin är den mest använda opioiden, och Miller, Forcehimes och Zweben (2011) varken talar specifikt om ungdomsgruppen eller Tramadol kan det vara så att de främst syftar till CRAs effekt på vuxna heroinmissbrukare.

6. Metod

I denna del av uppsatsen kommer jag gå först föra en diskussion kring mitt val av metod för studien. Vidare kommer min förförståelse för ämnet, urvalsförfarandet, genomförandet av intervjuer och analys-och kodningsmetod att beskrivas. Slutligen kommer en diskussion att föras kring studiens pålitlighet, validitet och generaliserbarhet, samt hur studien tagit hänsyn till forskningsetiska principer.

6.1 Förförståelse

Mitt val av ämne för denna uppsats kommer utav en ganska bred förförståelse för både missbruk och drogers funktioner och användningsområden. Detta utifrån att jag haft min praktik på en missbrukssektion av socialtjänsten, som jag sedermera fått timanställning på, samt att jag tidigare och fortfarande arbetar med missbruk och beroende inom sjukvården. Denna förförståelse kan och har förmodligen haft påverkan på både hur jag utformat och utfört intervjuer, samt för urvalsförfarandet och analysförfarandet.

6.2 Metodval

Min studie har haft som mål och syfte att belysa hur yrkesverksamma uppfattar och tänker kring en viss grupp av individer, då tramadolmissbrukande ungdomar och unga vuxna, som de kommer i kontakt med i sitt yrke. Utifrån detta har jag gjort bedömningen att en kvalitativ intervjustudie ger de bästa förutsättningarna att uppfylla studiens syfte och besvara dess frågeställningar.

Bryman (2016, 455) skriver att en av huvudskillnaderna mellan kvantitativ och kvalitativ forskning är att kvalitativ forskning har en tyngd på hur deltagare i en social verklighet tolkar den verklighet de deltar i. Vidare beskriver Bryman (2016, 454) att kvalitativ forskning i större utsträckning tenderar att ha ett induktivt förhållningssätt mellan empiriska och teori, där han menar att forskningsresultaten avgör teorin som ska användas. Dessa två skillnader som Bryman (2016, 454-455) beskriver gör att jag finner att en kvalitativ studie ligger närmast till hands för att uppfylla min studies syfte och besvara dess frågeställningar. Av de kvalitativa studiemetoder som finns till hands, föll mitt val på det Bryman (2016, 562-565) kallar för semi-strukturerade intervjuer. Bryman (2016, 561) skriver gällande skillnader mellan strukturerade och kvalitativa intervjuer, och menar att kvalitativa intervjuer har en tyngre betoning på respondenters egna åsikter och reflektioner, även om de skulle frånga studiens grundfrågeställningar och frågorna i intervjuguiden.

Vidare menar Bryman (2016, 561) att det i kvalitativa intervjuer till och med är önskvärt om respondenter byter riktning utefter vad de själva anser vara relevant och viktigt, till skillnad från kvantitativ forskning där detta mer ses som något som stör studiens förfarande. Detta innebär dock att en kvalitativ intervjustudie ej kan ha en lika rigid intervjuguide och plan för vad intervjun skall ge. Både Bryman (2016, 563) och Gillham (2008, 103) delar upp kvalitativa intervjuer i vad de kallar ostrukturerade och semistrukturerade (Gillham använder ordet halvstrukturerade) intervjuer. Bryman (2016, 562-563) beskriver ostrukturerade intervjuer som intervjuer där intervjuguiden kan bestå av en enda fråga, och som forskare ger man intervjupersonen stor frihet att resonera helt fritt kring studiens ämne och frågor. Semistrukturerade intervjuer är som namnet antyder mer strukturerade i sin natur. Gillham (2008, 103) beskriver halvstrukturerade intervjuer som intervjuer där en intervjuguide används, och frågorna i den skall ställas till samtliga respondenter. Vidare uppmanas intervjuaren av Gillham (ibid) att med hjälp av följdfrågor och sonderande frågor leda respondenten till att utveckla där intervjuaren bedömer att respondenten under intervjun skulle kunna ha mer att berätta.

Bryman (2016, 563) menar också han, liksom Gillham (2008, 103) att man som forskare när man gör semistrukturerade intervjuer bör ha en mer strukturerad plan för vad man vill ska behandlas under intervjun, i form av då en intervjuguide. Utifrån detta valde jag att använda mig av semistrukturerade intervjuer som metod i min studie.

En möjlighet fanns att istället använda mig av ostrukturerade intervjuer, och då ha som enda fråga ”hur uppfattar och upplever respondenten individer som tillhör gruppen?”, men risken skulle då finnas att vissa frågor jag bedömt som av stor vikt att ställa, till exempel vilka insatser individerna skulle vara i behov av, skulle bli utan svar.

En annan risk skulle kunna vara att respondenterna utan att själva vara medvetna om det skulle börja beskriva den mycket större grupp av cannabisrökande ungdomar utan tramadolmissbruk de möter, och därav skulle studiens tillförlitlighet kunna sjunka. Med semistrukturerade intervjuer som metod ger det forskaren en större möjlighet, med hjälp av en intervjuguide med på förhand bestämda frågor, att leda in respondenten på ämnet i fråga, och risken att viktiga frågor som den rörande insatser lämnas obesvarade sjunker.

6.3 Urvalsförfarande

I ett tidigt skede i planerandet av denna studie kom jag i vad man kan kalla fyra steg fram till hur jag ville rikta in forskningsfrågan. I det första steget bestämde jag mig för att jag ville undersöka något inom området missbruk. I det andra steget bestämde jag mig för att jag ville undersöka hur yrkesverksamma uppfattar något inom området. I det tredje och fjärde steget trattades sedan forskningsfrågan ner till att handla om gruppen ungdomar och unga vuxna, och missbruket av det smärtstillande läkemedlet Tramadol i den gruppen. I slutändan kom jag då fram till en preliminär forskningsfråga, i form av hur yrkesverksamma som kommer i kontakt med ungdomar och unga vuxna som missbrukar Tramadol uppfattar gruppens missbruksproblematik. Detta betydde att mitt urval skulle behöva bestå av yrkesverksamma som kommer i kontakt med gruppen. Detta är vad Bryman (2016, 501-505) skulle kalla ett generiskt målstyrt urval. Bryman (ibid) beskriver generiskt målstyrt urval som att man utifrån ett visst antal kriterier bestämmer vad ens urval bör innehålla, och att dessa kriterier bör bygga på studiens forskningsfrågor. Utifrån denna beskrivning kan mina kriterier beskrivas som väldigt få, nämligen att respondenter till studien skall vara yrkesverksamma inom missbruk som kommer i kontakt med ungdomar och unga vuxna som missbrukar Tramadol. Utifrån detta kriterium har jag sökt mig till så kallade Maria-mottagningar, främst i södra Sverige.

Av fyra intervjuer är tre gjorda på Maria-mottagningar i södra Sverige, i mellanstora städer, och en intervju är gjord i mellan-Sverige på en Maria-mottagning i en stor stad. Av intresse för urvalsdiskussion vill jag nämna att det ej varit ett kriterie i sig att den yrkesverksamme ska vara verksam på en Maria-mottagning, utan det har bara fallit sig så att jag fått det antal respondenter jag av tidsskäl bedömt möjligt att intervjua genom kontakt med sådana mottagningar, utifrån att det varit mitt första-alternativ för att finna respondenter som motsvarar urvalskriterierna. Anledningen till att Maria-mottagningar sågs som mitt första-alternativ är att det är mottagningar som kommer i nära kontakt med målgruppen, då ungdomar och unga vuxna med missbruksproblematik, samt att Maria-mottagningar ofta har längre kontakt med ungdomarna, vilket gör att jag tror yrkesverksamma där har välgrundade uppfattningar om hur missbruket påverkar den unge. Andra möjliga respondenter hade kunnat vara exempelvis yrkesverksamma som arbetar med uppsökande verksamhet riktat mot ungdomar, kuratorer inom barn-och ungdomspsykiatri, kuratorer inom beroendevård och så vidare.

6.4 Studiens genomförande

I det första stadiet av studiens genomförande formulerade jag ett informationsbrev [Bilaga 1], samt en intervjuguide [Bilaga 2]. Intervjuguidens uppbyggnad fokuserades på att ha några korta inledande och sammanhangsmarkerande frågor, för att sedan gå över till frågor kopplade till studiens frågeställningar och syfte. Sedan kontaktade jag per telefon de Maria-mottagningar som låg relativt nära min bostads-och studieort, då jag haft som avsikt att göra samtliga intervjuer på plats. Detta då jag finner att intervjuer generellt tenderar att bli bättre, såväl i respondenters svar som i hur intervjuaren agerar, om intervjuerna görs på plats och inte per telefon eller till exempel Skype. Under telefonsamtalet uppgav jag något sammanfattat den information som framgår i informationsbrevet, samt framförde min önskan att intervjua någon yrkesverksam som kommer i kontakt med målgruppen ungdomar/unga vuxna i tramadolmissbruk. Jag framförde även möjligheten att per mail skicka informationsbrevet och mer utförlig information om studiens syfte och frågeställningar. Av fyra samtal till olika mottagningar gav två av dem en intervju redan samma dag, som bokades in. Resterande två resulterade i att mottagningarna avböjde att ställa upp av tidsskäl. Utöver de två intervjuer jag fått genom detta tillvägagångssätt hade jag sedan innan en intervju inbokad, då jag i planeringsstadiet av uppsatsen på en föreläsning om Tramadol på min arbetsplats närmast mig föreläsaren som var yrkesverksam på en Maria-mottagning, och då framfört min önskan att intervjua hen, vilket resulterade i en inbokad intervju. Den fjärde och sista intervjun bokades in i ett sent skede av studiens förlopp, då de två avböjda beskeden dröjde ett par veckor.

Därav sökte jag mig till Maria-mottagningar som inte låg nära min bostads-och studieort, med samma tillvägagångssätt i form av telefonsamtal med sammanfattad information om studien. Detta resulterade i en inbokad intervju på en Maria-mottagning i Mellansverige som jag tog tåget upp till för att genomföra. Vid en av intervjuerna uppstod i mitten av intervjun tekniska problem, i form av ett telefonsamtal till mig som utan mitt vetande avbröt inspelningen. Därav bokades en andra kompletterande intervju in med respondenten, där jag på både den och efterföljande intervjuer försäkrade mig om att min mobiltelefon var satt i flygplansläge. Två av intervjuerna genomfördes 23/4, den kompletterande intervjun och en ordinarie intervju genomfördes 29/4, och den sista intervjun genomfördes 9/5.

Till samtliga intervjutillfällen hade jag med mig ett utskrivet exemplar av informationsbrevet [Bilaga 1], som jag lät respondenterna läsa igenom innan intervjun började. Vidare informerade jag uttryckligen att respondenterna hade möjlighet att avböja att svara på frågor, avbryta intervjun när som, samt att de hade möjlighet att avböja att intervjun användes som empiri för uppsatsen.

Jag informerade även om hur inspelningen skulle komma att hanteras, att det endast var jag som skulle lyssna på den och att deras identitet och arbetsort anonymiseras i transkriberingar och i uppsatsen. Jag frågade också om respondenterna var bekväma med att intervjun spelades in på min mobiltelefon, vilket samtliga respondenter godkände.

Under intervjuerna använde jag mig av min intervjuguide [Bilaga 2] främst som ett hjälpmedel för att vid behov strukturera upp intervjun, genom att ställa vad Kvale & Brinkmann (2014) kallar strukturerande frågor för när jag bedömde att respondenten i för stor utsträckning började tala om ämnen som låg utanför studiens fokus. Vidare hade jag förmånen att i stor utsträckning ha respondenter som hade mycket utförliga och långa svar, vilket gjorde att jag främst använde mig av sonderande och specificerande frågor, i syfte att fånga upp och få utvecklat det i respondenternas svar jag fann särskilt intressant för min studie (ibid). Varje intervju avslutades med att jag ställde frågan om respondenterna själva tyckte att jag glömt ställa någon fråga de ansåg var viktiga för studien, vilket i åtminstone vid två tillfällen resulterade i svar och reflektioner av respondenterna.

6.5 Analysförfarandet

Kvale & Brinkmann (2004, 229) beskriver analys när man har intervjuer som metod som i hur man besvarar frågan ”Hur ska jag hitta en metod för analysen av de tusen sidor intervjuutskriften som jag har samlat ihop?”.

Kvale & Brinkmann (2004) menar vidare att frågan egentligen aldrig skall ställas, då man som intervjuare bör ha någon idé om hur intervjun ska analyseras innan den genomförs. Så har jag även själv tänkt, då jag innan intervjuerna författade studiens åtminstone preliminära frågeställningar och syfte, och med dessa som utgångspunkt formulerade intervjuguiden [Bilaga 2]. Efter att de första två intervjuerna genomförts, då de genomfördes samma dag, transkriberade jag inspelningarna av dessa dagen efter. När transkriptionerna var färdiga skrevs dessa ut, för att enklare påbörja kodningsprocessen.

Min kodningsprocess gick till på så sätt att jag till en början kodade respondenternas svar dels utifrån det respondenterna säger om sig som svar på intervjufrågorna och frågeställningarna, men jag kodade också utifrån vad jag personligen fann intressant med den förkunskap om ämnet jag anskaffat mig.

Det var i denna fas av kodningsprocessen jag fann att respondenterna talade mindre om frågeställning 1 (om skillnader mellan ungdomsgrupper) än vad jag trodde, men desto mer om frågeställning 2 (om Tramadolmissbrukets påverkan), en frågeställning jag från början inte haft med, men som tillkom efter att jag märkt hur mycket respondenterna hade att säga om detta. I syfte att inte i allt för stor utsträckning byta huvudfokus på studien till denna nya frågeställning (frågeställning 2) valde jag att pausa med kodningen tillfälligt, tills den kompletterande intervjun och den tredje ordinarie intervjun 29/4 var genomförda. Det jag fann var dock att respondenterna även i dessa intervjuer talade som mest när det kom till just denna frågeställning om Tramadolmissbrukets påverkan på ungdomen. Efter att även dessa intervjuer transkriberats och skrivits ut, började jag åter koda dessa samt utskriften från de första två intervjuerna. Med ett större fokus i kodningen på hur respondenterna beskriver missbrukets påverkan fann jag att respondenterna på liknande sätt beskriver olika faser av missbruket, och hur dessa faser har olika karaktär i hur faserna påverkar ungdomen och ungdomens sociala och psykiska utveckling. Det var först i detta skede jag bestämde mig för att detta fokus, på utveckling och missbrukets påverkan på utvecklingen, skulle bli huvudfokus i analysen. Därav började jag först i denna fas att söka efter teorier och teoretiska begreppsramar som kunde hjälpa mig att förstå och analysera det respondenterna beskriver. Utifrån vad Bryman (2016, 687-689) skriver om kvalitativ dataanalys ter det sig som att min kodningsprocess ligger närmast det som kallas grundad teori.

Det skall dock nämnas att jag inte varit helt trogen den process Bryman (2016, 687-689) beskriver för grundad teori, utifrån att min kodningsprocess visserligen i första steget ligger nära hur en öppen kodning går till, men det ter sig som att jag hoppat över den axiala kodningen och gått direkt till den selektiva kodningen efter att mitt analysfokus mer och mer blivit utkristalliserat i kodningsprocessen.

6.6 Studiens reliabilitet

Kvale & Brinkmann (2004) beskriver reliabilitet i förhållande till intervjustudier som huruvida studien kan reproduceras av andra forskare och vid andra tidpunkter. Vidare beskrivs reliabilitet som starkt kopplat till intervjuarens subjektivitet, om intervjuaren använder sig av ledande frågor och vilken typ av frågor intervjuaren ställer som står utanför intervjuguiden (ibid). Som jag nämnt tidigare använde jag mig under intervjuerna i ganska stor utsträckning av vad Kvale & Brinkmann (ibid) kallar sonderande och specificerande frågor, då mina respondenter ofta gav långa utförliga svar med många möjliga spår för följdfrågor och sondering. Vidare är dessa sonderande och specificerande frågor av naturliga skäl inte med i intervjuguiden, då de är bundna till det den specifika respondenten i stunden säger. Detta gör dock att det är mycket möjligt att en annan forskare skulle kunna ställa en annan följdfråga, om forskaren finner att ett annat spår är av intresse i det respondenten säger är. Vidare skulle en annan forskare kunna vara mer rigid i att följa intervjuguiden än vad jag varit, vilket också skulle leda till andra svar än vad jag fått. Det kan också vara så att jag utifrån min arbetslivserfarenhet också ställt frågor som någon annan utan samma erfarenhet hade ställt. Ytterligare en aspekt som skulle kunna påverka och ge andra svar rör mig själv som person, och i rollen av socionomstudent jag gjort intervjuerna i. Det är fullt möjligt att respondenterna kan ha anpassat sina svar till denna socionomstudentroll, utifrån den kunskap de antar att jag besitter, och att en forskare på "högre nivå" då skulle få andra svar. Bryman (2016, 465) beskriver reliabilitet på ett liknande sätt som Kvale & Brinkmann (2004) gör, men gör en indelning mellan extern reliabilitet, vilket motsvarar Kvale & Brinkmanns (2004) beskrivning, och intern reliabilitet, vilket är reliabilitet inom ett forskarlag. Då jag gjort denna studie på egen hand förefaller extern reliabilitet ej vara applicerbart på min studie. Bryman (2016, 465) skriver även att extern reliabilitet är svår att uppnå i kvalitativ forskning då sådan forskning tenderar att vara så kontextbunden till en specifik social miljö och tid, vilket gör sann replicerbarhet svårt. Samma slutsats landar jag själv i gällande min studie. Allt sammantaget ter det sig som att det finns för många aspekter som skulle kunna påverka en replicerad studie gjord av någon annan, därav bedömer jag att min studie har låg reliabilitet utifrån Kvale & Brinkmanns (2004) och Brymans (2016, 465) definitioner.

Det skall dock nämnas att Kvale & Brinkmann (2004) varnar för att lägga för stort fokus på att ha hög reliabilitet i kvalitativ forskning och intervjustudier, utifrån den negativa påverkan på intervjuarens kreativitet och flexibilitet som kan uppstå av detta fokus.

6.7 Studiens validitet

Gällande min studies validitet väljer jag att utgå ifrån de definitioner som Bryman (2016, 465-466) beskriver när begreppen ska anpassas för kvalitativ forskning. Även här delas begreppet upp i intern validitet och extern validitet (Bryman 2016, 465). I min studie skulle en bedömning av dess interna validitet handla om huruvida jag undersökt det jag ämnat undersöka, och huruvida de tolkningar jag gör av empirin i min analys är välgrundade och logiska (ibid). Gällande det första, om jag undersökt det jag ämnat undersöka, anser jag att jag gjort detta. Min studies syfte har varit att belysa hur yrkesverksamma som kommer i kontakt med missbrukande ungdomar och unga vuxna uppfattar ungdomars missbruk av det smärtstillande läkemedlet Tramadol, samt vilka insatser de yrkesverksamma upplever finns och bör finnas för denna grupp. Detta anser jag att jag gjort. En aspekt som dock kan motivera en åsikt att min studie har låg intern validitet har att göra med den del av min analys där jag analyserar ungdomarnas missbruk utifrån identitets- och utvecklingspsykologi. Detta utifrån att det går att hävda att de yrkesverksammas utsagor här utgör sekundärkällor, som jag sedan applicerat min teori på. Således skulle de slutsatser och tolkningar som görs utifrån detta kunna ses som mindre tillförlitliga och logiska, och därav lägre validitet, än om empirin hade utgjorts av intervjuer med ungdomarna och de unga vuxna själva. Den externa validiteten handlar om huruvida studiens resultat kan appliceras på andra situationer och miljöer (Bryman 2016, 466). Att kunna applicera mina resultat på andra situationer och miljöer med den begränsade mängd och urval studien haft kan tyckas osannolikt. En miljö och situation där resultaten dock skulle kunna appliceras och generaliseras skulle vara på andra typer av missbruk bland ungdomar, förutsatt att samma teoretiska begreppsapparat används. Utöver sådana användningsområden tror jag dock att resultaten är av en för specifik karaktär för att kunna generaliseras ytterligare. Utifrån denna definition skulle jag därför bedöma att min studie har låg extern validitet.

6.8 Etiska reflektioner

Studiens etiska reflektioner kommer att göras utifrån Vetenskapsrådets *Forskningsetiska principer*, och de fyra kraven som utgör individsskyddskravet; nyttjandekravet, informationskravet, konfidentialitetskravet och samtyckeskravet. I utförandet av denna studie har informationskravet tagits i beaktande på så vis att jag i den första kontakten med Maria-mottagningarna presenterat mig som student, berättat om studien och dess frågeställningar samt då varför jag kontaktat dem. Vidare har jag i samtliga samtal erbjudit att maila över ett informationsbrev [Bilaga 1], samt haft med en utskrivna kopia av detta informationsbrev till alla intervjuer.

Samtyckeskravet har tagits i beaktande genom att jag förtydligat på plats att respondentens deltagande är frivilligt, att de har möjlighet att avböja att svara på en fråga och att avbryta intervjun när som helst, samt att de tills dess att uppsatsen är publicerad har möjlighet att dra in sin medverkan i studien. Vidare har samtycke att spela in intervjun med mobiltelefon frågats efter vid samtliga intervjuer. Gällande konfidentialitetskravet har det tagits i beaktande på så vis att respondenternas deltagande varit anonymiserat, såväl i transkriptioner som de citat som används i uppsatsen. Jag har även valt att ej numrera respondenterna. (Vetenskapsrådet u.å)

Detta av skälet att jag bedömt att det vid användning av flera citat av samma respondent skulle kunna gå, för en i ämnet insatt läsare, att utröna vilken stad respondenten är ifrån. Detta i synnerhet när beskrivningar av den lokala ungdomsgruppens missbruk ges. Detta gör dock att det ej går att utröna i vilken utsträckning empirin baseras på de olika respondenterna. Därav vill jag här ge en försäkring att samtliga respondenter i någon utsträckning har fått komma till tals i studiens resultat och analys-del. Gällande inspelningar från intervjuer har dessa lagrats på min mobiltelefon, som har en sex-siffrig lösenkod, och utskrivna transkriptioner har förvarats i min bostad de dagar jag ej använt dem.

Gällande det sista kravet, nyttjandekravet, har studiens empiri, transkriptioner och inspelningar enbart använts till studien och uppsatsen i fråga. (Vetenskapsrådet u.å)

7. Analys och resultat

Under min bearbetning av min insamlade empiri fann jag att respondenterna beskrev ungdomarna som missbrukade Tramadol på olika sätt beroende på vad man skulle kunna kalla olika faser i missbruket ungdomen befinner sig i. Vidare hade alla respondenter bestämda uppfattningar om vilka insatser som gruppen behövde, med ett starkt fokus på insatser gruppen behövde när missbruket eskalerat och fysiskt beroende uppstått.

Därav kommer analysens struktur vara sådan att jag går igenom möjliga sätt ungdomens beteende kan förstås i de olika faserna utifrån de teorier jag nämnt i kapitlet "Teoretiska utgångspunkter", då Erik H Eriksons utvecklingspsykologiska teori, samt Jan Ramströms *Tonåringen i välfärdssamhället*. Slutligen kommer jag analysera hur de yrkesverksamma diskuterar insatser för gruppen, utifrån G. Hussein Rassools *Understanding Addiction Behaviours* från 2011 och Miller, Forcehimes & Zwebens bok *Treating Addiction - A Guide for Professionals* från 2011.

7.1 Respondentbeskrivning

Samtliga av mina fyra respondenter är yrkesverksamma på så kallade Maria-mottagningar i olika delar av Sverige, och har arbetat på mottagningarna i 3-10 år. Hälften av respondenterna är sjuksköterskor, och den andra hälften har socionom/socialpedagog-bakgrund.

7.2 Skillnader mellan grupper

En av de frågeställningar jag utarbetade allra tidigast i planerandet av denna studie var gällande vilka skillnader de yrkesverksamma uppfattade mellan den större gruppen cannabismissbrukare som besöker Maria-mottagningar, och gruppen ungdomar som missbrukar Tramadol. Denna hypotes, att det skulle finnas större skillnader grupperna emellan, motbevisar dock respondenterna i intervjuerna. En respondent beskriver skillnaderna:

R: Förutom att de skiljer sig så till vida att dem som tar Tramadol debuterar med det ungefär 1-2 år efter att de debuterat med cannabis, och därav är den gruppen generellt något äldre, skulle jag säga att den främsta skillnaden är att dom som tar Tramadol skiljer sig så till vida att dem faktiskt röker mindre cannabis (...) och kanske är det då logiskt, när man då går över till en annan drog. När man då tar den mer. Och Tramadol och opioider är mer beroendeframkallande, och ger ett annat rus än cannabisen.

En annan respondent var inne på samma spår, då att åldersskillnaden var det mest utmärkande:

R: Ja Tramadol någonstans, det tycker jag dem blivit lite yngre på, så där får man oftast svar runt 16. 16, 17 någonstans. Lite beroende på när man börjat med cannabisen också ju. Är man 13 när man börjar med cannabis så testas man oftast Tramadol när man är ungefär 15.

Således ter det sig som att mina frågeställningar gällande skillnaderna grupperna emellan främst verkar handla om en åldersskillnad, utifrån när ungdomen kommer i kontakt med Tramadol. Hur detta sker kommer jag gå in djupare på i nästa avsnitt.

7.3 Hur kommer ungdomen i kontakt med Tramadol?

En logisk utgångspunkt för att en ungdom ska hamna i ett missbruk av Tramadol är såklart att ungdomen kommer i kontakt med det, och sedan provar det. Vidare förutsätter detta en nyfikenhet, en vilja, hos ungdomen att testa drogen. Här finner jag intressant vad en respondent säger om just detta:

R: Det skulle jag nog säga är det absolut vanligaste. Att de får det via kompisar, och att kompisarna säljer in detta som att detta måste du testa. Detta är väldigt häftigt. För det säljs ju, för Tramadol finns där cannabis finns. I mycket större utsträckning än andra droger.

Vidare säger samma respondent;

R: För dom beskriver, att de ofta ringer ett nummer så skickas det ut någon småkille på cykel eller moppe. Och den kan man liksom inte förhandla väck utan dom kommer med det man beställt, sen får man ringa igen. Jag vet när det är kompisgäng där den ena går mycket på Tramadol, och den andre kanske går mycket på cannabis och ecstasy och så lite kokain, då har de kunnat köpa allt på samma ställe.

Av dessa två citat finner jag att det går att utläsa att de yrkesverksamma uppfattar det som att ungdomarna till en början kommer i kontakt med Tramadol genom ungdomens sociala sammanhang, vänskapskretsar, och i ett skede där ungdomarna redan börjat med cannabis. Här finner jag att de yrkesverksamma beskriver på bäst sätt går att tolka genom det Erik H Erikson (2004) menar är den styrka som utvecklas under ungdomen, nämligen trohet. Då utifrån att tonåringen går över från att söka stöd i föräldragestalter till att i högre utsträckning söka det istället bland de tonåringen ser som dess nya rådgivare och ledare. Som en av respondenterna beskrev säljs ofta Tramadol in av vänner som något ungdomen måste testa, att det är häftigt.

Man skulle således kunna tolka det som att ungdomen i sin trohet till nya ledare och rådgivare litar på att Tramadol är det dem säger att det ska vara, och därav testar. En vidareutveckling av förklaringen kan man dessutom finna i det Ramström (1991) skriver om hur ungdomskulturen och ungdomstiden hamnat längre ifrån vuxentiden och vuxenblivandet.

Med detta har kanske de tidigare etablerade vägledarna och rådgivarna för ungdomar, till exempel lärare, fått mindre makt och gehör hos ungdomarna, samtidigt som vänner och jämnåriga fått en större rådgivande funktion.

7.4 Ungdomen i början av ett Tramadolmissbruk

R: Ja det tror jag nog. Alltså vi har en grupp, som även om Tramadol inte hade funnits så hade dem hittat opioiderna. Och det är dem som direkt blir förälskade av ångestlindringen och den opioida effekten som då heroin och andra opioider ger. Alltså den gruppen finns alltid. Men när vi tittar på Tramadol och alla ungdomar som kommer i kontakt med det, så tycker jag mig se att det är den uppiggande effekten som lockar de flesta. För dem upplever att de blir mer sociala, dem upplever att dem presterar bättre i skolan, att dem kan vara den dem vill vara på något sätt. Det är många som säger att dem kan bli eller vara den dem ska vara eller föreställer sig att dem ska vara. Tar jag Tramadol blir allting mycket enklare. Man orkar mycket mer.

Vad får ungdomarna då att fortsätta i ett Tramadolmissbruk? Som vi ser i citatet ovan gör en respondent en skillnad mellan två grupper. Hen menar att den grupp som finner opioider, och tar dem av ångestlindring och liknande alltid finns. Men respondenten menar att den större gruppen de stöter på inte tillhör denna grupp, utan istället utgör en grupp som upplever att Tramadol hjälper dem fungera i flera olika sammanhang, såväl socialt, som i skolan, som att ungdomen blir någon annan, den de tänker att de ska vara.

En annan respondent ger en liknande beskrivning på vad ungdomar söker i Tramadol:

R: Mycket det hära med att prestera (...) Ja och lite ångestdämpningen. Och få lite mera självförtroende och mindre ångest. (...) Vi har ju en del som tar det för att orka plugga mycket, och sen har vi ju dem här som har ett utanförskap, som mer har hittat Tramadolen och använder den för att du då kan lägga dig ner och koppla av. Men du kan använda den för att bli fokuserad. Och särskilt bland de yngre, sexton sjutton, dem använder det så är dem ute och går långt. Pratar ungdomarna om, dem grillar, det är sånt de pratar om också, en gemenskap.

Även här ser vi ett liknande resonemang. Denna respondent gör inte samma tydliga avskiljning i två olika grupper, men beskriver ändå det som verkar vara Tramadols mångfacetterade användningsområde.

De yrkesverksamma beskriver hur ungdomarna både tar det när de behöver gå ”ner i varv”, och när de behöver ”gå upp i varv”.

Vidare beskriver en respondent hur även föräldrar märker av vad de upplever som en allmän förbättring:

R: Nä tvärtom kanske till och med. Föräldrarna har kanske märkt en förbättring i hur dem är hemma, humöret. Skolan har sett ökad närvaro under en period, till och med så att man har presterat bättre i skolan. Och såna här saker. Det kan ha varit rätt mycket positiva effekter, i början.

Först vill jag nämna att det jag beskrev gällande *trohet* från Erikson (2004) i tidigare del, fortfarande bör antas föreligga. Ungdomen är fortsatt i ett behov av vägledning från deras upplevda rådgivare och ledare, som då kanske i större utsträckning idag är vänner och informella ledargestalter i umgängeskretsar. För vi märker att respondenterna beskriver att ungdomarna blir mer sociala och även gör sociala aktiviteter när de tar Tramadol. Vidare, på en grundläggande nivå, utifrån det respondenterna säger att ungdomarna upplever, är det inte svårt att förstå att ungdomarna fortsätter ta drogen. De upplever ju att de blir mer sociala, att de presterar bättre i skolan, och kanske starkast av allt att ungdomarna upplever att dem är den dem vill vara, och den de upplever att de förväntas vara. Här finner jag dock att Erikson (2004) kan ge en möjlig djupare förklaring till det fortsatta missbruket. Erikson (ibid) menar att frågan om identitetsbildning är dominerande under tonårstiden. Vidare menar Erikson (ibid) att denna identitetsbildning uppstår ur två faktorer: Vilka identifikationer som ungdomen förkastar eller bejakar från sina tidigare livsfaser, samt hur det samhället ungdomen lever i identifierar och erkänner unga individer. Här menar Erikson (2004) att det finns ett samspelande förhållande, där samhället erkänner den ungdom som i sin tur strävar efter ett erkännande, och därigenom erkänner samhället.

För att återkoppla till vad detta har för implikationer för det missbruk av Tramadol respondenterna talar om finner jag att en möjlig tolkning är att ungdomarna får ett erkännande av samhället, på ett för samhället till en början dolda premisser. För som vi ser respondenterna förklara så ter det sig som att ungdomarna till en början med hjälp av Tramadol snarare blir bättre än sämre på att utföra och utöva de beteenden som samhället förväntar sig av en ungdom för att ge den ett erkännande, och för att fortsätta resonemanget om samspelet erkännandena emellan, så upplevs även ungdomen som mer intresserad av att eftersträva samhällets erkännande också.

En annan aspekt, utifrån Ramström (1991), är gällande vikten av möjlighet till utveckling av social kompetens och prövning av detta, då vi kan se att ungdomarna även här upplever att Tramadol fyller en viktig funktion, nämligen det om att "vara social". Respondenterna beskriver hur ungdomarna med hjälp av Tramadol inte längre är nervösa eller tveksamma till sociala situationer och sammanhang, utan snarare söker dessa. Men, som jag kommer utveckla i nästa del, kan det tänkas att det finns stora risker i att ungdomarna med hjälp av Tramadol kringgår denna nervositet och tveksamhet, utifrån att detta kan vara en del av utvecklingen av social kompetens, som ungdomarna går miste om. Detta skulle också kunna tolkas som att ytterligare en unik aspekt av Tramadol, i jämförelse med andra droger, är hur den inte faller in i det Burke (1978) kom fram till gällande att personlighetsvariablerna *Skeptical/distrustful* är överrepresenterad bland ungdomar som

missbrukar droger. Då Tramadol istället verkar göra ungdomarna mer snarare än mindre sociala, är en intressant fråga huruvida denna grupp i lika stor utsträckning hade uppvisat samma representation av att vara *skeptical/distrustful*.

7.5 När missbruket eskalerat

R: Problemet är ju att efter ett tags användande så vänds denna upplevelse till sin motsats, så tillvida att från att ha tagit det i grupp så tar man det själv, från att ha upplevt att man blir en så väldigt social människa när man tar Tramadol så upplever man istället att man för att överhuvudtaget fungera i sociala sammanhang. Så man blir verkligen en slav under drogen så att säga. Ingenting kan göras utan att man tar Tramadol.

I detta citat från en av respondenterna ser vi just det jag diskuterade i slutet av föregående del, nämligen att missbruket verkar ha kapat ungdomens utveckling av social kompetens. Vidare fortsätter samma respondent:

R: Och det är många som kommer och söker hos oss i den fasen, och är helt övertygade att de har social fobi till exempel (...) dem tycker att de har social fobi, för jag kan inte åka buss. Jag kan inte träffa folk. Om jag inte tar Tramadol. Och man ser inte riktigt sambandet. För Tramadol har ju varit en så jäkla god vän liksom, och hjälpt en.

Här ser vi dessutom hur respondenten upplever att ungdomen på grund av sina tidigare upplevelser av Tramadol inte kan, eller förnekar, kopplingen mellan missbruket och sina upplevda sociala problem. Samma respondent fortsätter vidare:

R: I början är det ju inte riktigt på det sättet utan då är det mer öhm, det är mer tillägg, det är mer en boost. Något som gör att man vill och vågar göra mer grejer, eller vill, det kanske handlar mer om det i början, att tar man Tramadol så vill man göra mer grejer, man vill gå till skolan, man vill göra det, man vill hålla en föreläsning, men efter ett tag så tar man Tramadol för att man ska våga gå till skolan, för att man ska våga, att det blir en skillnad där som vi träffar.

Erik H Erikson (2004) talar om att motsatsen till identitet är vad han kallar identitetsförvirring. En möjlig tolkning av vad ungdomarna upplever är just att de efter ett tag inkorporerat Tramadol i sin identitet i väldigt hög utsträckning. Detta i och med att de tagit Tramadol för att, som respondenten kallar det ovan, boosta sig själv. Ungdomen har boostat sig själv i de sammanhang där de utan Tramadol kanske hade fått den största utvecklingen mot vuxenblivandet och mot att bilda sig en stabil identitet.

En annan aspekt som jag fann intressant i mina respondenters svar var att de upplevde att ungdomar allt mer börjar med ett tyngre blandmissbruk, i tidig ålder. En respondent beskrev detta såhär:

R: Det vi har hittat är väldigt många blandmissbrukare. Dem som röker cannabis med en viss regelbundenhet, flera gånger i veckan, tar Tramadol utifrån vad dem ska göra om det är skola eller jobb eller vad det nu är ett par gånger i veckan, dricker alkohol på helgen (...) sen tar man kokain eller ecstasy när man ska gå ut, för att få ner fyllan, och så sen är det inte helt ovanligt att man tar någon bensodiazepin för att man ska landa på söndagen. Och så rätt snabbt är man inne i ett rätt så allvarligt blandmissbruk.

En annan respondent beskriver blandmissbruket dem ser:

R: Och då är det ofta cannabis, sen är det piller. Ecstasy, öhm, lite bensodiazepiner, dock inte så mycket, Tramadolen har varit mer lättillgänglig, men även lite benso då ja. (...) sen har det dykt upp rätt mycket amfetamin på sistone. Det har varit borta ett tag. Men i och med att ecstasy och MDMA också varit lugnare ett tag, de sista ett, ett och ett halvt åren, så har det kommit in allt fler, och det är ofta dem som ska ha party på kvällen, eller på helgen. Och i och med det har även kokainet börjat komma.

Även här finner jag att Erikssons (2004) teori om identitet i tonåren kan förklara en del. Som jag nämnt tidigare i analysen skulle man kunna tolka ungdomarnas Tramadolmissbruk, och upplevelser av det, som att de med hjälp av drogen reglerar och upplever sig kontrollera sin identitetsbildning, samtidigt som det blir en del av deras sociala identitet i och med att de tar drogen tillsammans med vänner. I takt med att Tramadol inte ger samma dubbla effekt av både uppiggande och ångestdämpande, för som en respondent uttrycker det:

R: Kommer man upp tillräckligt högt i dos så vinner alltid den sänkande opioida effekten över den här aktiveringen som man kan uppleva. Och det är många som kan sakna den.

Söker sig då ungdomen till andra droger för att kunna fortsätta kontrollera eller uppleva att man kan kontrollera sitt stämningsläge och identitet. För att använda Erikssons (2004) begreppsapparat: Ungdomen har som en del av sin identitet inkorporerat ett missbruk för att reglera sitt allmänna tillstånd, samtidigt som ungdomen förmodligen upplever en stark identitetsförvirring, med ångest som följd, när hen inte är under inflytandet av någon drog. Samtidigt är troheten till dess jämnåriga ledare och rådgivare lika stark, och dessa kanske reglerar sitt tillstånd med droger på samma vis.

Här finner jag att Ramström (1991) och hans diskussion om ungdomskultur kan fungera som en vidarebygging av förklaringen. Ramström (ibid) menar att ungdomskulturer och subkulturer inom denna kan ha två funktioner, dels en stödjande funktion och dels en reträttfunktion.

Stödfunktionen fungerar som så att kulturen stödjer ungdomen mot vuxenblivandet, medan reträttfunktionen fungerar som att ungdomen kan falla tillbaka lite när den hamnar i obalans, och den upplever ett behov av att regrediera. Ramström (ibid) menar dock vidare att det finns de kulturer som utgör renodlade reträttkulturer, där stödfunktionen saknas. Bland dessa menar Ramström (1991) att man finner *subkulturella grupperingar* där användandet av tung narkotika är utbrett. Det blandmissbruk som respondenterna beskriver överensstämmer även med den studie Martin Olsson et.al (2017) gjort, där de genom håranalyser kom fram till att ungdomar inskrivna på Maria Malmö som testade positivt på Tramadol i nära tre gånger så stor utsträckning även testade positivt på andra droger, då främst cannabis, kokain, bensodiazepiner och ecstasy.

En annan intressant aspekt av problemet är hur respondenterna beskriver att ungdomarna uppfattar, eller snarare inte, uppfattar sitt missbruk. En respondent beskriver detta såhär:

R: Men också det här, att tar man piller är man inte missbrukare, och röker man är man inte missbrukare.

I: Okej, så de ser inte sig själva som missbrukare? R: Nä, inte när det är läkemedel. Det är först när man börjar blanda in heroin, amfetamin och så.

En annan respondent beskriver ungdomarnas uppfattningar:

R: Alltså kopplingen mellan cannabis och Tramadol är ju väldigt stark. Och att man inte ser sig som Tramadolmissbrukare, för det är ju ändå så att när vi kartlägger så, jag tror det bara var 6% av alla som prövat Tramadol som har det som primärdrog. Men, om jag som behandlare tittar på det så hade jag nog sagt i många fler fall att nej, Tramadol är din primärdrog, och inte cannabis.

Här verkar det som att ungdomarna inte ser Tramadol som ett missbruk, som en drog. Detta kan ha en möjlig förklaring i det en respondent beskrev i ett tidigare citat, att Tramadol varit en så god vän i vardagen. De positiva effekterna ungdomen fann och finner i början av sitt missbruk av Tramadol gör att dem negativa effekterna, och att det skulle vara ett missbruk, förnekas.

7.6 Att sluta med Tramadol

R: Jaja, det är uppfyllda kriterier på att lägga in på opioider, inget snack om det. Så pass tufft är det ju. Sen har vi ju hela den psykologiska abstinensen som kommer efter, eller den är egentligen samtidigt men det första man märker av är ju den fysiska abstinensen, att man spy, har diarré, liksom och varenda muskel i kroppen värker. Men man har även ångest samtidigt, det är bara att det försvinner i det här smärtskauset. Men efter ett par dagar en vecka så klingar ju de somatiska symtomen av i detta, men den psykologiska kvarstår ju. Och det är ju också unikt när det gäller dem här, när det gäller Tramadol, för man har den här abstinensen även på det serotonerga, för det är då många faller tillbaka. Alltså man klarar av att svettas och ha ont i kroppen om man knyter näven ordentligt, men den här jävla ångesten som kommer sen, och det kan vara riktiga panikångestattacker som kommer sen, mycket initiativlöshet, man tappar initiativkraften, jag vet jag har pratat med behandlingshem och dem som jobbar där att deras klienter knappt kommer upp ur sängen andra veckan.

Vad händer då sedan när ungdomen väl försöker sluta med Tramadol? Ja, som vi ser i citatet ovan, en hel del. För det första beskriver respondenten att ungdomarna upplever en tydlig opioidabstinens, sett till de somatiska symtomen i form av muskelvärk, kräkningar, diarré och influensa-känsla. Väl så intressant är det som respondenten beskriver som det unika med Tramadol, det att den fungerar serotonergt, och därav leder till allvarlig ångest och depressionsliknande symtom.

Respondenten går vidare med att beskriva att den psykologiska abstinensen kan vara i flera veckor, och ibland likna eller gå över i en regelrätt depression, med värdelöshetskänslor, hopplöshetskänslor, och i vissa fall även suicidtankar.

En annan respondent delade uppfattningen gällande när risken för återfall verkar vara störst, och beskrev det såhär:

I: När brukar återfallen komma, efter att de har lyckats bryta?

R: Dem brukar komma när de blir stressade. För de tål minimi med stress (...) och det kan vara väldigt lite stress. Det kan vara att man tycker att man börjat jobba, och jobbkompisarna ställer lite högre krav eller att någon kille som jättemycket det här med att träffa tjejer, det här prestige att man ska träffa tjejer, och är lite blyg. Så den här ensamheten att han inte har en flickvän gör väldigt mycket att han återfaller hela tiden.

Här ser vi två aspekter som med fördel går att återkoppla både till det Ramström (1991) skriver om tonårsutveckling, och det Erikson (2004) skriver om identitet. För det första ser vi något som går att tolka som ett glapp i ungdomens utveckling av social kompetens. Som jag skrivit tidigare kan man tänka sig att ungdomen med hjälp av Tramadol under en längre tid dopat, eller boostat, sin sociala

kompetens. När drogen sedan försvinner, uppstår istället en blyghet, en oro för hur sociala situationer egentligen ska hanteras, varpå det ligger nära ungdomen att ta till det hjälpmedel i form av Tramadol hen tidigare använt. Vidare, utifrån Erikson (2004) går citatet att tolka som ett tecken på *identitetsförvirring*. Ungdomen vet inte vem hen är utan Tramadol. Särskilt inte i nya situationer, där stress uppstår. Känslan av både stress och nervositet kan vara helt ny för ungdomen, och det i sin tur leder till ännu mer stress, nervositet och ångest. Även då ligger det av närmast förståeliga skäl nära till hands för ungdomen att söka sig till sin ”gamla vän” som Tramadol är. En respondent uttrycker stor förståelse för charmen med drogen:

R: Jag kan förstå att ungdomarna tar det. Ungdomar faller för denna typ av drog. Att det kan locka dem som är 16-17, här har du någonting som gör dig fokuserad, du mår bättre, du har inte så mycket ångest. Du klarar av sociala situationer bättre. Vem hade som 17-åring inte tittat närmare på det alternativet?

7.7 Insatser för gruppen

När det gäller hur man på Maria-mottagningarna arbetade med ungdomarna och de unga vuxna som tar Tramadol uppgav flera respondenter att de i dagsläget inte har ett specifikt sätt de arbetar med gruppen som skiljer sig från hur de arbetar med andra substansmissbruk. Vid en mottagning arbetade de primärt med de som inte ännu utvecklat ett beroende, där respondenten beskrev deras arbetssätt såhär:

R: Vad man liksom erbjuder till patienterna, dem med Tramadol som tar det sporadiskt, dem får ju samma behandling som övriga patienter här. Det kan handla om motiverande samtal, återfallsprevention, att man kanske, har någon depression som man behandlar med KBT-behandling (...) där har vi liksom ingen specifik för dem som tar Tramadol ibland i och med att vi har den här gruppen som inte verkligen fastnat, då kan det handla om att man kommer hit någon dag i veckan. Men för en del patienter räcker ju inte det, och då hänvisar vi dem vidare.

En annan respondent, som var verksam vid den vanligare typen av Maria-mottagning där man arbetar med ungdomar och unga vuxna även när de har ett beroende, beskrev i stort sett samma sak:

R: Vi har ju upplevt att det är en grupp som är ständigt återkommande. Det är svårt att få ett grepp om dem. För än så länge arbetar vi i mångt och mycket lika som vi gör med andra preparat. Ibland funkar det, och ibland funkar det inte. Men så trillar dem dit igen.

Ytterligare en respondent beskrev det vidare i förhållande till svårigheterna med att tillämpa samma metoder de har med andra grupper till de som missbrukar Tramadol, särskilt efter den fysiska abstinensen upphört:

R: Och det är klart att då räcker det inte att komma till en öppenvårdsmottagning två tre gånger i veckan och prata, det är inte det man är i behov av just då. Utan det är kanske just, antidepressiv medicinering som ett skydd för att vi vet att när Tramadol går ur kroppen så är det lite som att ha tagit antidepressiva hur länge man ju missbrukat Tramadol, ett två år, fast dem då är positiva på något annat.

Det sista respondenten i citat ovan nämner, är också där samtliga respondenter lägger sin tyngd när det kommer till vilka insatser de anser saknas för ungdomarna och de unga vuxna som tar Tramadol, då behovet av bättre medicinskt stöd och behandling, särskilt tidigt i ungdomens uppbrott från drogen.

En respondent beskriver hur det kan gå till idag när detta behov är svårt att tillgodose:

R: För många av dem som kommer hit, dem tänker att det är inte en så stor grej, jag behöver bara lite stöd och hjälp att sluta ta tablettorna. Vilket jag kan greja på ett par veckor. Sen kan jag gå vidare. Men då kommer man hit med doser på 1500 mg, vi säger kanske till dem, det här, det behövs läkarvård för att du ska kunna trappa ner. Och då säger dem va, nej, och så går man härifrån, antingen så landar det eller så tänker dom att det är överdrivet skitsnack. Men det är väl klart, man hade velat få till en avgiftning, man hade velat få till en väl strukturerad eftervård efter dem här två veckorna avgiftning, med ganska täta samtal, här då exempelvis. Kanske tre gånger i veckan. Det kan ju vara snack om det här, någon medicinsk behandling en tid efter, antidepressiva. Det är väl lite det hållet jag ögnar mot.

Ytterligare två respondenter påtalade samma behov av en avgiftning särskilt för ungdomar.

I: Du nämnde tidigare det här behovet av en särskild avgiftning för gruppen? R: Ja. det tycker jag är helt klart. Det alternativet måste finnas. Vi måste, alltså motivation är ju en färskvara. Och just i det här fallet, det går så snabbt, och man blir så väldigt abstinent (...)

R: Jag tror det skulle vara jättebra om det fanns någonstans man kunde lägga in sig. En del har ju jättesvårt att bara det här att be sina föräldrar, och föräldrar kan ju ha svårt att stanna hemma från jobbet också. Blir förtvivlade att se sina barn i detta skicket, med kramper och allt. Det hade varit jättebra. Jag tror det hade varit bra om det hade funnits någon avgiftning för alla ungdomar, både under och över 18 som fanns lite mer tillgängligt.

Utifrån vad respondenterna beskriver ter det sig som att de alla identifierar hur Rassool (2011) beskrivit opioider och dess funktioner. Det finns hos respondenterna en kunskap om hur Tramadol, som då är en syntetisk opioid, påverkar deras patienter, samtidigt som de verkar uppleva att insatserna i dagsläget inte är anpassade för en ungdomsgrupp med ett så tungt missbruk som opioider trots allt är.

Vidare beskriver två av respondenterna en aspekt som försvårar ytterligare, Tramadols antidepressiva funktion, och därav belyser de även behovet som kan finnas av antidepressiv behandling under en period när ungdomen slutat ta Tramadol.

Även behovet respondenterna beskriver av en avgiftning stämmer väl överens med vad Miller, Forcehimes & Zweben (2011) skriver om hur opioidberoende bör behandlas, där inneliggande medicinsk avgiftning beskrivs som närmast livsviktigt utifrån abstinenssymtomen, och den rädsla patienten ofta har inför dessa symtom, något som höjer risken för återfall.

Slutligen ville en respondent lyfta diskussionen om insatser till att handla om samhällsutvecklingen, och dess påverkan på ungdomar generellt:

R: Det är ju någonstans hela det förberedande, hela skolsystemet, för vi är så prestationsinriktade idag så det är helt hemskt (...) allt är ju individuellt inriktat. Jag har en dotter som går i sjuan, jag tror hon gick i fyran när hon skulle hålla i sina egna utvecklingssamtal. Och det funkar ju, allt kommer på datan, du ska göra så mycket själv, och det funkar för dem som är rätt så lugna och har koll, men för dem andra? Man sitter i fyra-grupper, alltså hela systemet. Lärarna ska vara mentor, man ska prestera, dem här betygen som ska flängas runt. Att få ett A idag på gymnasiet verkar ju helt hopplöst, att allt ska vara A för att få A. Och då kommer du från högstadiet och ska försöka komma på en bra linje, då halkar ju vissa A-elever ner till ett C, om jag fattat det rätt, om man tittar på det man presterar i högstadiet, och så måste man prestera ännu mer om man är van vid att vara en A-elev.

Till viss del går det att koppla det respondenten beskriver till det Dencik (2011) har skrivit om det han kallar Turbosamhället. Utifrån detta kan man säga att respondenten menar att de som klarar sig är de ungdomar som klarar av att fylla på depån hemma, samtidigt som de som inte klarar det halkar efter, och kanske då söker sig till Tramadol för att kunna hänga med i utvecklingen.

8. Avslutande diskussion

Syftet med denna studie var att belysa hur yrkesverksamma som kommer i kontakt med missbrukande ungdomar och unga vuxna uppfattar ungdomars missbruk av det smärtstillande läkemedlet Tramadol, samt vilka insatser de yrkesverksamma upplever finns och bör finnas för denna grupp. Studiens första frågeställning var om yrkesverksamma upplevde några skillnader mellan gruppen missbrukande ungdomar/unga vuxna som tar Tramadol och gruppen missbrukande ungdomar/unga vuxna som inte tar Tramadol. Denna frågeställning besvarades, då främst med att gruppen som tar Tramadol generellt är något äldre, och i vissa fall missbrukar mindre cannabis. Studiens andra frågeställning rörde hur de yrkesverksamma ansåg att Tramadol påverkade ungdomen/den unge vuxne psykiskt, socialt och fysiskt. Svaret på denna frågeställning var att de yrkesverksamma uppfattade det som att den unge till en början närmast påverkades positivt av Tramadol, eller åtminstone trodde att den påverkades positivt. Efterhand att missbruket hos den unge ökar, uppfattade dock respondenterna att även de negativa konsekvenserna, på såväl ungdomens utveckling som dess sociala, fysiska och psykiska status. Studiens tredje och fjärde frågeställning rörde vilka insatser de yrkesverksamma uppfattade finns för gruppen, samt vilka de ansåg bör finnas. Här var respondenterna rörande överens om att det finns ett idag ej tillgängligt medicinskt behov hos denna grupp, först och främst av en lättillgänglig och välfungerande avgiftning. Gällande i dagsläget tillgängliga insatser beskrev respondenterna att det främst är insatser för gruppen missbrukande ungdomar ”i stort” som används.

Mycket av min analysdel har bestått av hur respondenterna reflekterade om varför ungdomarna de träffar fastnat för Tramadol. Respondenterna beskrev hur ungdomar upplever att Tramadol hjälper dem att prestera i skolan, att prestera i sociala sammanhang, att ungdomarna tar det för att varva ner eller dämpa sin ångest, samtidigt som de också tar det för att festa. Respondenterna ger en bild av en mångfacetterad drog, eller som en respondent uttryckte det, att ungdomarna upplever att Tramadol hjälper dem att bli den de vill vara, den de tänker att de bör vara. Samtidigt beskriver också respondenterna den mörka sidan av missbruket. Hur drogen går över från att bli något man tar för att ”boosta” till något man tar för att orka. Ungdomar som får epileptiska anfall, och abstinenssymptom man annars närmast hittar när luttrade heroinister går igenom en ”avtändning”. Är ungdomarna medvetna om att de kan ha det här att vänta om de börjar ta Tramadol? Är de medvetna om att Tramadol i slutändan är en opioid, och vad detta innebär om du hamnar i ett beroende av det? Detta har jag svårt att tro. Informationskampanjer riktade mot ungdomar avseende narkotika misstänker jag länge haft ett stort fokus på cannabis och traditionella festdroger som ecstasy och kokain, samtidigt som Tramadol gått under ytan. Således skulle mer information riktad

särskilt mot ungdomar, där det förklaras att även läkemedel som Tramadol och bensodiazepiner också kan vara farliga att missbruka, kunna vara en möjlig väg för att motarbeta utvecklingen som annars verkar peka mot att fler och fler missbrukar dessa läkemedel.

Vidare finner jag det intressant att det respondenterna varit kanske mest överens om är behovet av bättre medicinsk hjälp och då särskilt avgiftningsplatser för ungdomsgruppen. Även här, likt det jag nämnt om den tillgängliga informationen, kan det vara så att de sociala skyddsnäten i form av missbruksvården inte följt med i denna utveckling.

Då cannabis tidigare haft en så dominerande position bland droger ungdomsgruppen missbrukar, och behovet av sjukvård för att bryta ett cannabissmissbruk inte alls är lika högt som när det gäller att bryta ett opioidmissbruk, kan det vara så att samhället varit dåligt förberedd för att hjälpa denna grupp.

Slutligen, likt en respondent uttryckt, kanske det växande missbruket av Tramadol måste förstås utifrån det samhället ungdomar idag växer upp i, och de krav samhället ställer på ungdomarna. För den grupp ungdomar som kanske upplever att de halkar efter i skolan eller upplever att de har svårt att förhålla sig till alla sociala sammanhang de förväntas ta del av, samtidigt som de förväntas ha en någorlunda klar bild över vad de vill bli i framtiden och förväntas adekvat planera sin vuxenblivande-process, är det inte svårt att förstå hur en drog som Tramadol kan upplevas lockande. Utifrån det min studie visat finner jag att flera spår skulle vara intressanta att studera vidare. Först och främst tyder respondenternas svar på att inte bara missbruket av Tramadol ökar, utan också ett mer omfattande blandmissbruk som klättrar längre och längre ner i åldrarna. En kartläggning om hur omfattande detta blandmissbruk bland ungdomar faktiskt är tror jag skulle behövas. Vidare skulle det behövas forskas vidare om orsakerna till att ungdomar i allt större utsträckning väljer, eller finner att de måste, ta till droger för att reglera sin vardag. Slutligen skulle en intressant fråga att få svar på vara huruvida det främst är den ökade tillgängligheten på droger som ligger till grund för det ökade missbruket, eller om det är andra orsaker som ligger till grund, till exempel om ungdomar idag har en annan syn på narkotika än vad ungdomar tidigare haft.

Referenslista

- Bassiony, M., Abdelghani, M., Ghada, S., Hassan, M., El-Gohari, H. & Youssef, U. 2018. Opioid use disorders attributed to Tramadol among Egyptian university students. *Journal of addiction medicine* 12 (2). 150-155.
- Bell, J., Borschmann, R., Winstock, A.R. 2014. The non-medical use of tramadol in the UK: findings from a large community sample. *The international journal of clinical practice* 68 (9). 1147-1151.
- Bryman, Alan. 2018. *Samhällsvetenskapliga metoder*. Upplaga 3 Stockholm: Liber
- Burke, E., Zilberg, N., Amini, F., Salasnek, S. & Forkin, D. 1978. Some empirical evidence for Erikson's concept of negative identity in delinquent adolescent drug abusers. *Comprehensive Psychiatry* 19 (2). 141-152.
- Dencik, Lars. 2011. Att växa upp i turbosamhället: Nya villkor och utmaningar. I Höjer, I. & Höjer, S (red.) *Familj, vardagsliv och modernitet: En festskrift till Margareta Bäck-Wiklund*. 35-50. Göteborg: Göteborgs Universitet.
- Erikson, Erik H. & Erikson, Joan M. 2004. *Den fullbordade livscykeln*. 3. utg. Stockholm: Natur och kultur
- Forsling, Jon. 2019. Polisen varnar för partydrogen - ökar lavinartat. *Aftonbladet*. 4 april. <https://www.aftonbladet.se/a/EWx9o3> (Hämtad 2019-04-10)
- Gillham, Bill 2008. *Forskningsintervjun: tekniker och genomförande*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Godley, M., Passetti, L., Subramaniam, G., Funk, R., Smith, J. & Meyers, R. 2017. Adolescent Community Reinforcement Approach implementation and treatment outcomes for youth with opioid problem use. *Drug and Alcohol Dependence* 1 (174). 9-16.
- Granberg, Lennart. 2018. Explosion av Tramadol bland unga i Borås. *Borås Tidning*. 22 februari. <http://www.bt.se/boras/explosion-av-tramadol-bland-unga-i-boras/> (Hämtad 2019-04-10)
- Helsingborg Kommun. 2019. *Maria Nordväst mottagning för unga*. Helsingborg Kommun.

<https://helsingborg.se/omsorg-och-stod/missbruk-och-beroende/maria-nordvast-mottagning-for-unga/> (Hämtad 2019-05-20)

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend. 2014. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3. [rev.] uppl. Lund: Studentlitteratur

Malmqvist Aprea, Matilda. 2018. Tramadolmissbruk ökar kraftigt bland ungdomar. *Svenska Dagbladet*. 24 december.

<https://www.svd.se/tramadolmissbruk-okar-kraftigt-bland-ungdomar> (Hämtad 2019-04-10)

Maria Ungdom. *Välkommen till Maria Ungdom*. Region Stockholm.

<https://www.mariaungdom.se/kontakt/> (Hämtad 2019-05-20)

Miller, William R., Forcehimes, Alyssa. & Zweben, Allen. 2011. *Treating addiction: a guide for professionals*. New York: Guilford Press

Odö, Kristoffer. 2019. *Vad är Tramadol och varför använder ungdomarna det?*. Drugsmart.

<https://www.drugsmart.com/faq/vad-ar-tramadol-och-varfor-anvander-ungdomar-det/> (Hämtad 2019-04-10)

Psykatri Skåne. *Mottagning Maria Malmö*. Region Skåne.

<https://vard.skane.se/psykiatri-skane/mottagningar-och-avdelningar/mottagning-maria-malmo/> (Hämtad 2019-05-20)

Rassool, G. Hussein. 2011. *Understanding addiction behaviours: theoretical and clinical practice in health and social care*. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan

Ramström, Jan. 1991. *Tonåringen i välfärdssamhället: om svårigheter att bli vuxen i dagens västerländska kultur*. Stockholm: Natur och kultur

Richert, Torkel & Johnson, Björn. 2013. Illicit use of methadone and buprenorphine among adolescents and young adults in Sweden. *Harm Reduction Journal* 10 (1). 1-18.

Socialstyrelsen (a). 2019. *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning*. 16 januari.

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21220/2019-1-16.pdf> (Hämtad 2019-04-10)

Socialstyrelsen (b). 2019. *Statistik om dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar*. 23 mars.

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21257/2019-3-10.pdf> (Hämtad 2019-04-10)

Tjäderborn, M., Jönsson, A., Sandström, T., Ahlner, J. & Hägg, S. 2016. Non-prescribed use of psychoactive prescription drugs among drug-impaired drivers in Sweden. *Drug and Alcohol Dependence* 161. 77-85.

Verkooijen, T., Vries, K. & Nielsen, A. 2007. Youth crowds and substance use: the impact of perceived group norm and multiple group identification. *Psychology of Addictive Behaviors : Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* 21 (1). 55-61.

Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> (Hämtad 2019-05-23)

Westergren, Andreas. 2018). Nya inredrogen - ”det är sjukt”. *Trelleborgs Allehanda*. 13 december. <http://www.trelleborgsallehanda.se/trelleborg/tramadol-den-nya-inredrogen-i-trelleborg-det-ar-sjukt/> (Hämtad 2019-04-10)

Zetterqvist, Martina (red.). 2018. *Skolelevs drogvanor 2018*. Rapport/Centralförbundet för alkohol-och narkotikaupplysning: 178. Stockholm: Centralförbundet för alkohol-och narkotikaupplysning

Bilaga 1 - Informationsbrev

Informationsbrev gällande intervjustudie

Hej! Jag heter André Hultgren och skriver just nu mitt examensarbete, på C-uppsatsnivå, vid Socialhögskolan på Lunds Universitet (Campus Helsingborg). Mitt valda uppsatsämne kretsar kring hur yrkesverksamma som kommer i kontakt med ungdomar och unga vuxna (15-25) som missbrukar Tramadol upplever denna målgrupp. Vidare syftar uppsatsen till att utforska yrkesverksammas uppfattningar kring hur målgruppen skiljer sig från andra grupper missbrukande ungdomar, samt vilka insatser som finns för målgruppen och vilka insatser yrkesverksamma anser skulle behövas i framtiden. Utifrån dessa frågor skulle jag gärna vilja göra en intervju med er. Intervjun beräknas ta ca 45-60 minuter.

Genomförandet av intervjun kommer följa Vetenskapets forskningsetiska principer. Detta innebär att ert deltagande är frivilligt, och även att ni kan avbryta en eventuell intervju när som helst under själva intervjun. Vidare innebär det att ert deltagande är anonymt och konfidentiellt. Eventuella identifikationsmarkörer, så som ert namn, arbetsplats och arbetsort kommer anonymiseras. Dock kommer det av studien framgå vilken del av Sverige ni är verksamma i, då detta bedöms av mig vara av relevans för analys och diskussion. Vid intervjutillfället kommer jag be att få spela in intervjun, då detta underlättar efterkommande analys av materialet, och möjliggör mig att vara mer närvarande under intervjun jämfört med om jag skulle föra anteckningar. Ni har möjlighet att avböja till att intervjun spelas in. Ljudinspelningarna kommer bara vara tillgängligt för behöriga, menat mig själv och eventuellt min uppsats-handledare Eva Palmblad vid Socialhögskolan. Efter att uppsatsen godkänts av examinator kommer ljudinspelningarna att raderas.

Skulle detta låta som något som vore intressant för er att ställa upp på vore jag mycket tacksam om ni har möjlighet att höra av er på antingen min mail; xx, eller mitt telefonnummer; xx. Skulle ni ha några andra frågor gällande studien kan ni också kontakta mig på samma kontaktuppgifter som ovan.

Med Vänliga Hälsningar

André Hultgren

xx

xx

Bilaga 2 - Intervjuguide

Intervjuguide

Inledande frågor

- Hur länge har ni arbetat vid ...?
- Vad har ni för bakgrund, yrkesmässigt, arbetat med liknande innan?
- Vad uppfattar ni kännetecknar den typiska patienten/klienten där ni är yrkesverksam Ålder, missbruk, kontaktsätt (på egen hand, föräldrar, soc, polis), insikt i sin egen problematik, psykisk ohälsa osv
- Har denna uppfattning på något sätt förändrats under tiden ni arbetat här?
- Vilka insatser, stöd och hjälp finns tillgänglig för de som kommer hit?

Frågor om gruppen

- När det gäller de bland era patienter/klienter som missbrukar Tramadol, på vilka sätt skiljer de sig från den typiska klient/patient ni beskrev innan?
- Vad tror eller anser ni att dessa skillnader beror på?
- Under tiden ni arbetat här, hur har utvecklingen kring gruppen sett ut?
- Att Tramadol är en syntetisk opioid, med de följer ett missbruk av sådana substanser kan ha i relativt låg ålder, vilka konsekvenser kan detta få både för individen och för samhället i stort på lång och kort sikt?
- Under början av 2010-talet beskrevs missbruket bland unga av drogen Spice som en epidemi, och nu börjar ordet dyka upp igen i media gällande Tramadol. Vad finns det för likheter och skillnader mellan det som hände då och nu?

Frågor om insatser

- Skiljer det sig hur ni arbetar med Tramadol jämfört med hur ni arbetar med andra typer av missbruk, till exempel cannabis som jag antar är vanligast förekommande?
- Hur bedömer ni att insatserna fungerar för gruppen? Går det att se positiva effekter av de insatser som finns och erbjuds?
- Går man in på Socialstyrelsens hemsida och riktlinjer för missbruk, och behandling för ungdomar i missbruk, finner man att studierna som referas som belägg för rekommendationerna har använt behandlingarna i de allra flesta fall med ungdomar med cannabis-och/eller alkoholmissbruk, finns det något som ni funnit som tyder på att andra insatser/behandlingar behövs?
- Vilket stöd, hjälp, behandlingar och insatser anser ni att målgruppen skulle vara i behov av, men inte finns tillgängligt i dagsläget?